

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 854.

LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE

SON MANUEL OPÉRATOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON.

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GALLEY

Né à Landreville (Aube), le 23 octobre 1869.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1893

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 854.

LA
GASTRO-ENTÉROSTOMIE
SON MANUEL OPÉRATOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon GALLEY

Né à Landreville (Aube), le 23 octobre 1869.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Maronniers.

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (ÉTIENNE).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON.	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BOUVEAULT, Chargé des fonctions d'agrégé.
DIDELOT.	RODET.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE DU SERVICE

DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE PROMOTION

INTRODUCTION

Lorsque nous avons commencé cette étude sur la gastro-entérostomie, sujet qui nous fut indiqué par M. le professeur agrégé Jaboulay, le jeune et éminent chirurgien de la Faculté de Lyon, dont la compétence en cette matière est bien connue, fort peu de travaux avaient paru sur la gastro-entérostomie. Assez peu connue en France, où elle commençait à peine à éveiller l'attention du monde chirurgical, bien accueillie par les uns, énergiquement repoussée par les autres, elle semblait presque l'apanage exclusif des cliniques autrichiennes et allemandes.

Recueillir toutes les observations éparses, en faire un tout et mettre la question au point, tel fut notre premier but.

Mais depuis, d'importants travaux ont paru : deux thèses remarquables, dues à MM. Matignon, de Bordeaux, et Wilhelm, de Nancy ; 219 observations y sont rapportées, véritable trésor scientifique, où les chercheurs n'ont qu'à puiser et d'où il est bien permis, dès aujourd'hui, de tirer des conclusions.

De l'étude attentive que nous avons faite de ces observations, un fait nous a immédiatement frappé : c'est l'incertitude dans laquelle se trouve encore le chirurgien, en ce qui concerne le côté technique de la gastro-entérostomie. La science indécise cherche sa voie sur ce point. Peut-être même pouvons-nous dire que c'est à cette incertitude qu'il faut rapporter une bonne part des insuccès qui laissent cette opération en butte aux attaques passionnées de ses détracteurs.

Aussi, il nous a semblé que ce serait pour nous une tâche à la fois noble et belle, que d'essayer de tirer quelque lumière du chaos des nombreux procédés qui se partagent la faveur des chirurgiens de tous pays. Nous nous sommes voué à cette tâche ardue pour notre jeune expérience, bien incertain du succès, mais du moins, nous pouvons dire que nous y avons mis toute l'ardeur d'un prosélyte. Notre unique désir est que ce travail ne soit pas absolument perdu pour la science et qu'il puisse servir à mieux faire connaître, c'est-à-dire à faire apprécier comme elle le mérite, la gastro-entérostomie.

Avant d'aller plus loin, nous nous permettrons d'adresser ici l'hommage public de notre profonde reconnaissance à M. le professeur Poncet, ce maître de la chirurgie lyonnaise, dont nous sommes fier de nous proclamer l'élève, et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; à M. le professeur agrégé Jaboulay, qui nous a si puissamment aidé de ses conseils et qui, si obligeamment, a mis à notre

disposition le fruit de ses travaux personnels et de son expérience.

Nous sommes heureux également, à l'occasion de notre thèse inaugurale, de pouvoir exprimer toute notre reconnaissance à M. le médecin-major Hassler, répétiteur à l'École du service de santé militaire, qui nous a toujours prodigué ses meilleurs conseils et nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son service.

A MM. Guichard et Schmerber, dont la parfaite connaissance des langues étrangères nous a été d'un si précieux secours.

A tous nos camarades de promotion, enfin, pour l'amitié qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

PLAN

Cette étude n'est pas un plaidoyer. Partisan absolu de la gastro-entérostomie, dans tous les cas de sténose pylorique, bien que cette opération, loin d'être admise par tous les chirurgiens, et à plus forte raison, par tous les médecins, ait besoin de chauds défenseurs, nous n'avons pas cru, cependant, qu'il fut de notre sujet d'entrer, nous aussi, en lice et d'essayer de convaincre des adversaires souvent irréconciliables de parti-pris. Pour convaincre, il faut des faits. Or, ces faits, nous avons la conviction que l'avenir se chargera d'en ajouter à ceux qui sont déjà acquis à la science, et de forcer la main aux gens qui hésitent par peur ou par conviction. Nous nous sommes astreint au côté purement technique de cette opération. Dans une première partie, nous avons fait un court historique ; dans une seconde partie, nous avons discuté, à propos de chaque temps, les divers procédés employés.

Nos conclusions, enfin, sont l'énoncé de l'opération pure et simple, telle que nous la comprenons, de l'opération qui, enfin, nous semble réunir les meilleures conditions de rapidité et de facilité pour le chirurgien, et, avant tout, de sécurité pour le malade.

**La gastro-entérostomie. — Son but. — Cas qui en
sont tributaires.**

La gastro-entérostomie s'adresse non pas à une cause, mais à un effet, non pas à une entité morbide comme le cancer par exemple, mais à un symptôme ou plutôt à une complication, l'obstruction pylorique.

Son but, c'est de parer à la sténose mécanique du pylore, que cette sténose soit due à un néoplasme ou à un rétrécissement de quelque nature qu'il puisse être. Dans le premier cas, c'est une opération purement palliative: Le malade meurt de généralisation cancéreuse. Dans le second cas, c'est une véritable cure radicale. Elle consiste, le pylore étant obstrué, à rétablir le cours normal des aliments, de l'estomac vers l'intestin, au moyen d'une anastomose entre ces deux organes. D'où sa première dénomination, la seule véritablement logique de gastro-entéro anastomose.

Les cas tributaires de cette opération sont nombreux.

La gastro-entérostomie est indiquée :

1° Dans les cas de cancer du pylore. Ce sont les cas les plus fréquents.

2° Dans les rétrécissements cicatriciels, suites de gastrites alcooliques, de brûlures, d'ulcérations tuberculeuses, d'ulcères simples.

3° Dans les rétrécissements par hypertrophie des tuniques musculuses, véritable myome circulaire du pylore (1).

4° Dans le rétrécissement spasmodique du sphincter pylorique ou pylorisme (Küssmaul).

5° Dans les cas de compression exercée sur le pylore par des néoplasmes du foie, par des ganglions dégénérés, des anévrysmes.

6° Enfin, dans ces derniers temps, M. Jeannel, professeur de clinique chirurgicale de Toulouse, a proposé la gastro-entérostomie comme traitement de la dilatation simple de l'estomac.

Cela a été jusqu'à ces derniers temps une des erreurs du public médical, de rattacher toujours à l'idée de gastro-entérostomie, l'idée de cancer. C'est là peut-être une des causes de la défaveur avec laquelle certains esprits l'accueillent encore aujourd'hui. Nous ne saurions trop insister sur ce point. La gastro-entérostomie n'est pas seulement une opération palliative. Elle peut être aussi une opération curative. Elle l'est dans tous les cas de rétrécissement simple que nous venons d'énumérer.

Or, ces cas de rétrécissements simples, par opposition aux rétrécissements néoplasiques, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le suppose généralement. C'est l'opinion de M. Tripier, l'éminent professeur

(1) Hanot et Gombault. Arch. de Phys., 1889, p. 412.

d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon, de Cornil et de bien d'autres.

Le plus souvent, leur cause véritable passe inaperçue : on diagnostique cancer. Les symptômes sont les mêmes : vomissements noirs, cachexie progressive, teinte jaune paille, douleurs, etc.

Devant ce diagnostic cancer, le chirurgien hésite : ou bien il recule devant une opération qu'il croit purement palliative et laisse son malade s'acheminer vers une fin lamentable, ou bien il opère à tout hasard et trois ans après il s'aperçoit, en présence de la parfaite santé de son malade, que son premier diagnostic était faux.

Ces faits, des observations sont là qui les prouvent :

Guinard : Observation de Southam. (Brit. med. Journ. juin 1884, p. 1146.

Pylorctomie de Ortmann, 17 mai 1889.

De Kolatschewsky. Berliner Klin. Wochenschrift, n° 51, 17 décembre 1888.

Observation de Hahn, première partie, chapitre II.

Que faut-il en conclure ? C'est qu'il faut opérer tous les cas de sténose pylorique et opérer toujours.

L'opérateur ne risque rien, et si le malade n'a rien à perdre, il peut avoir tout à gagner.

La gastro-entérostomie antérieure et la gastro-entérostomie postérieure.

Avant d'aller plus loin, c'est pour nous un devoir de saluer ici dans Wölfler le chirurgien qui osa pratiquer en 1881, la première gastro-entérostomie. Son idée était une idée de génie. Nous n'en voulons donner pour seule preuve que l'ardeur avec laquelle les chirurgiens, d'abord à la clinique de Billroth, puis dans toutes les cliniques chirurgicales, se mettent à étudier cette opération, pour la compléter et la perfectionner.

Depuis, bien des procédés ont vu le jour : bien des perfectionnements ont été apportés à l'opération type. Aussi dès le début, dans l'historique que nous allons faire de tous ces procédés, afin de pouvoir les discuter et en chercher les points faibles comme les qualités, il nous faut diviser notre sujet.

D'une manière générale, la gastro-entérostomie peut être faite suivant deux procédés différents, toujours on anastomose, l'estomac avec l'intestin. Mais cette anastomose peut réunir à l'intestin la face antérieure aussi bien que la face postérieure de l'estomac.

D'où deux grandes classes de gastro-entérostomie :

Les gastro-entérostomies antérieures.

Les gastro-entérostomies postérieures.

La première gastro-entérostomie qui fut faite, fut une gastro-entérostomie antérieure. Le 28 septembre 1881, Wölfler, assistant de Billroth, se préparant à faire une pylorectomie, trouve des lésions néoplasiques si avancées, qu'il n'ose, comme il en avait l'intention, réséquer le pylore. Mais voulant à tout prix soulager son malade, sur le conseil de Nicoladoni, il s'avise d'anastomoser l'intestin à la face antérieure de l'estomac. Il incise l'estomac sur une longueur de cinq centimètres, pratique sur l'intestin une boutonnière d'égale longueur et réunit les deux ouvertures en une anastomose que maintient une double rangée de sutures de Lembert. Quatre mois plus tard, son malade vivait encore. Le néoplasme existait toujours, mais le malade vivait. Il avait repris des forces et avec cette verdure nouvelle, espérance et courage lui étaient revenus.

Le succès de cette opération eut des résultats considérables. A l'exemple de Wölfler, Billroth, lui aussi, suivant le procédé employé par son élève, se mit à pratiquer la gastro-entérostomie; mais on ne tarde pas à éprouver, par suite d'insuccès, la nécessité de perfectionner le procédé primitif. Billroth, le premier, remarque qu'à la suite d'une gastro-entérostomie, des vomissements bilieux surviennent, et, à l'autopsie, on trouve qu'ils étaient dus à ce que l'anse intestinale s'étant coudée, la bile au lieu de se déverser dans le bout efférent du jéjunum, reflue dans l'estomac. Billroth imagine de donner une orientation nouvelle à

la voie alimentaire en faisant en sorte que les contractions péristaltiques aient la même direction dans l'estomac et dans le jéjunum (fig. 1).



fig 1

Le procédé était encore insuffisant. On trouve que le jéjunum, croisant le colon transverse, devait fatalement y entraver la circulation et provoquer des accidents ultérieurs.

Pour remédier à cet inconvénient, Courvoisier, de Bâle, amène l'intestin grêle au contact de la paroi postérieure de l'estomac en le faisant passer à travers une large ouverture faite dans le mesocolon transverse. La première gastro-entérostomie postérieure était faite.

Von Hacker, à la clinique de Billroth, suit l'exemple de Courvoisier. Le chirurgien suisse avait opéré largement en divisant le grand épiploon sur une assez grande étendue et en pratiquant une vaste boutonnière dans le colon transverse. Von Hacker, plus prudent, propose, en 1880 au Congrès des Chirurgiens allemands, de suturer le jéjunum à la face postérieure de l'estomac mais à travers une boutonnière antéro-postérieure,

autrement dit radiaire du mésocolon transverse et non plus par une boutonnière transversale qui en sectionnant des vaisseaux du mésocolon exposait à une gangrène partielle du gros intestin.

Entre ces deux grandes méthodes enfin de gastro-entérostomie antecolique ou opération de Wölfler et de gastro-entérostomie retrocolique ou postérieure, opération de Courvoisier et Von Hacker, une troisième méthode vient prendre rang qui tient le milieu entre les deux méthodes précédentes mais qui est en fait une gastro-entérostomie antérieure (1). Cette méthode est celle de Brenner (2). De la main droite, Brenner va derrière le colon à la rencontre de l'anse duodéno-jejunale ; il repousse au niveau du milieu de la grande courbure stomacale le mésocolon en haut et vient l'accoupler au ligament gastro-colique. [Puis dans un endroit dépourvu de vaisseaux il fixe l'un à l'autre les deux feuillets ainsi unis, par des fils de soie. Une incision est faite le long de cette surface plane et, par l'ouverture béante, l'anse jejunal supérieure est attirée en haut et fixée à la paroi antérieure de l'estomac. Grâce à ce procédé, pas de compression du colon transverse. De plus, les circonvolutions intestinales pendent librement, sans tiraillements et dans une position naturelle.

Et maintenant, que penser de tous ces procédés. Tout d'abord, nous pouvons dire que l'accord n'est pas

(1) Beilage Centr. f. Chirurgie, 1892, p. 101.

(2) Centralblatt für Chirurgie, n° 43.

fait entre les chirurgiens et qu'il y a toujours deux camps : les partisans de la méthode de Wölfler pure, et les partisans de la méthode de Von Hacker.

Pour la clarté de la discussion, nous avons cru pouvoir classer en une sorte de tableau, les arguments que l'on a successivement mis en avant pour ou contre les deux premiers procédés, la tentative de Brenner étant restée isolée.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE OU ANTECOLIQUE.

(Opération de Wölfler.)

Avantages. — C'est la méthode la plus facile, elle épuise moins le malade.

Les aliments, ne passant pas trop vite de l'estomac dans l'intestin, ont le temps d'être digérés.

On opère, pour ainsi dire, hors de la cavité abdominale.

Inconvénients. — 1° On a prétendu qu'elle laissait persister la dilatation stomacale en permettant aux aliments de s'accumuler et de fermenter dans la poche gastrique. (Pour Reclus, il n'en est absolument rien : Autopsie d'une malade opérée suivant la méthode de Wölfler et qui, quatre mois après l'opération, avait vu disparaître complètement sa dilatation stomacale.)

2° La distance entre le jejunum et la paroi antérieure de l'estomac, si on passe en avant du colon

transverse, est considérable ; l'anse intestinale devra avoir de 70 à 80 cm. et ses deux bouts auront une tendance à se placer parallèlement l'un à côté de l'autre en canon de fusil. D'où, formation d'un éperon plus ou moins prononcé au niveau de l'anastomose. Si l'éperon est favorablement disposé pour le passage des aliments dans le bout inférieur, il entravera l'écoulement de la bile et du suc pancréatique qui reflueront dans l'estomac et détermineront des vomissements, ou bien s'accumuleront en arrière de l'obstacle et distendront le bout supérieur. Si la disposition de l'éperon est telle que les matières alimentaires soient dirigées dans le bout supérieur, celui-ci sera distendu à l'excès et il en résultera des accidents de compression et d'étranglement dans les anses voisines. La difficulté du passage des matières d'un bout dans l'autre sera encore augmentée par la compression que le bout distendu exercera sur l'autre. (Gross, de Nancy. Semaine médicale, 23 août 1893.)

3° Il peut se produire une traction assez forte pour faire rompre un ou plusieurs points de suture. (Observation de Tuffier.)

4° Il peut y avoir compression du colon transverse suivie d'obstruction plus ou moins complète avec tous les accidents qui en résultent : météorisme, constipation opiniâtre.

GASTRO-ENTÉROSROMIE POSTÉRIEURE OU RÉTROCOLIQUE.

(Opération de Courvoisier et Von Hacker.)

Avantages. — Elle supprime tous les inconvénients reprochés à la méthode de Wölfler.

Inconvénients. — 1° Elle est plus difficile, on opère dans la profondeur du ventre.

2° Souvent des adhérences empêchent de relever le colon transverse et de faire basculer l'estomac de bas en haut.

3° Par suite de la déchirure du mésocolon, on peut avoir la gangrène d'une partie du colon transverse. (Ce fait possible dans le procédé primitif de Courvoisier, et devenu pour ainsi dire impossible avec l'incision radiaire de Von Hacker, n'a d'ailleurs jamais été rencontré.)

4° Par suite de la rétraction cicatricielle, il peut y avoir étranglement par l'orifice mésentérique de l'anse anastomosée ou d'une autre anse engagée à sa suite à travers cet orifice.

5° Difficulté plus grande au moment de l'incision d'empêcher l'écoulement de liquides septiques dans la cavité péritonéale.

Tels sont les arguments invoqués. Si nous cherchons maintenant quels sont les partisans et quels sont les adversaires de l'une ou de l'autre méthode, nous trouvons comme préconisant la méthode de Wölfler : Schwartz, Reclus, Poncet, Perman de Stockholm (Sem. Médic., 19 juillet 1893). Jaboulay, Hadra,

Lauenstein. Pozzi, Tuffier, Gross de Nancy, Jessett préfèrent la gastro-entérostomie postérieure.

Terrier enfin, dans la thèse de son élève Trognon, déclare, ce qui en réalité est vrai, que tout dépend absolument des conditions anatomo-pathologiques. Si le néoplasme est situé à la face postérieure de l'estomac ou si des adhérences empêchent de relever l'estomac, il est bien évident qu'il faudra faire une gastro-entérostomie antérieure et inversement, si le néoplasme est en avant, il faudra anastomoser en arrière.

Manuel opératoire de la gastro-entérostomie.

Toutes ces considérations préliminaires étant exposées, nous allons maintenant aborder le sujet même de cette étude : le manuel opératoire de la gastro-entérostomie. Nous ne reviendrons plus sur les discussions précédentes. Peu nous importe que l'anastomose soit faite en avant ou en arrière de la poche stomacale. Que l'on se décide pour l'un ou l'autre procédé la technique reste d'ailleurs la même. Nous diviserons notre sujet en deux parties que nous étudierons dans deux chapitres différents :

1° Avant l'opération.

2° L'opération.

CHAPITRE I^{er}.

Avant l'opération.

Dans ce chapitre, nous étudierons successivement plusieurs points, plusieurs questions secondaires en apparence mais qui n'en sont pas moins d'une importance capitale :

- 1° Le moment opportun pour l'opération.
- 2° L'antisepsie des voies digestives et du champ opératoire.
- 3° Le lavage de l'estomac.
- 4° L'anesthésie.

1° QUAND FAUT-IL OPÉRER ?

A cette question nous répondrons : le plus tôt possible. Cette réponse, nous objectera-t-on, n'a rien d'assez précis; cela n'est malheureusement que trop vrai. C'est qu'ici entrent immédiatement en ligne de compte deux facteurs : le chirurgien qui, incertain de son diagnostic, recule à grand tort selon nous, devant une laparotomie exploratrice, le malade qui, espérant toujours, remet, remet sans cesse, jusqu'au jour où sous l'empire d'atroces douleurs, il réclame à grands

cris, comme la chose est fréquente en Allemagne, une opération tardive, désormais inutile, que souvent même il faut lui refuser.

Il faut opérer de bonne heure, car c'est dans ce cas seul que le malade pourra supporter ce shock qui est la terreur de la chirurgie abdominale. C'est dans ce cas seul qu'on pourra réaliser l'opération type, et ne pas être réduit, devant l'envahissement du néoplasme, à des procédés plus ou moins atypiques, qui nuisent au bon succès de l'opération.

C'est ici, que devant l'impuissance où l'on se trouve dès le début de préciser un diagnostic, nous ne saurions trop proclamer hautement l'utilité de la laparotomie exploratrice.

Entre les mains de chirurgiens habiles, nous ne lui connaissons plus guère aujourd'hui que l'ennui de la chloroformisation, et elle a l'immense avantage de nous montrer, dès les premiers symptômes de sténose pylorique, si l'obstacle est bien au pylore et ce qu'il reste à faire.

La médecine a tout fait jusqu'ici pour essayer de préciser son diagnostic. Ses louables efforts sont restés impuissants. Successivement on a préconisé les poudres effervescentes (Billroth), l'insufflation de l'estomac (Angerer), la gastroscopie (Mikulicz), pour mettre en évidence la tumeur pylorique. Tous ces procédés sont incertains. La chirurgie seule peut parler. Qu'on la fasse donc parler ? C'est un mode d'investigation que par tous les moyens il nous faut tenter de faire pénétrer, à l'exemple des cliniques de l'étranger, dans nos mœurs chirurgicales.

Il est des cas d'ailleurs où la laparotomie seule a donné les meilleurs résultats. M. Richelot (1), dans un mémoire publié en octobre 1891, insiste « sur les effets curateurs par action trophique de la simple incision abdominale (2). Tout le monde enfin sait quelle influence, aussi heureuse qu'inexpliquée, la simple laparotomie exerce sur les tumeurs intra-abdominales.

2° ANTISEPSIE DES VOIES DIGESTIVES ET DU CHAMP OPÉRATOIRE.

Comme dans toute opération chirurgicale l'antiseptie, dans la gastro-entérostomie, est une règle absolue. Nous dirons même plus : elle est la pierre d'achoppement, la menace perpétuelle, la condition sine qua non du succès de l'opération. Ici plus que partout ailleurs elle est d'une importance capitale, car elle doit être double. Il faut préserver la cavité péritonéale de l'infection venant « du dehors » après la laparotomie, de l'infection venant « du dedans » après l'ouverture de l'estomac et de l'intestin, c'est-à-dire que le chirurgien doit se préoccuper de deux choses :

1° Assurer l'asepsie des voies digestives.

2° Assurer l'asepsie du champ opératoire.

Rendre aseptiques les voies digestives est assurément une chose impossible. Mais le chirurgien qui ne doit rien avoir à se reprocher, doit-il au moins faire tout son possible pour atteindre une asepsie relative.

(1) Cité par Guinard.

(2) Société de chirurgie, oct. 1891.

Le régime préopératoire devra d'abord atteindre ce double but, de donner au malade le summum de forces et d'énergie, sous une forme assimilable occupant le moins de volume possible, et pouvant passer de l'estomac dans l'intestin. Or dans le cas présent, le plus souvent il ne sera possible de donner autre chose au malade que du bouillon et du lait. On y joindra, comme le recommande Villar, des cachets de naphthol, de magnésie et de salicylate de bismuth, et, si on le juge nécessaire, on donnera au malade quelques lavements nutritifs (1).

Pendant les jours qui précéderont l'opération, on veillera à l'évacuation des voies digestives par de nombreux lavements (Lauenstein). Il faudra se défier des purgatifs (Villar), de peur de la dépression qu'ils pourraient provoquer chez un malade déjà affaibli par une inanition progressive.

Quant à l'asepsie du champ opératoire ; elle est facile. On a proposé de grands bains quotidiens dans les jours qui précèdent l'opération ; mais, comme le fait remarquer fort bien M. Villar, outre que ces bains peuvent affaiblir le malade la plupart des laparotomies peuvent être faites en se contentant des manœuvres antiseptiques ordinaires : savonnages à la brosse, — lotions avec un mélange d'alcool et d'éther, — puis lavage au sublimé.

3° LAVAGE DE L'ESTOMAC.

Cette question a été l'objet des plus vives controverses. Aussi, quoiqu'elle eut trouvé sa place lorsque

(1) Czerny et Rindfleisch de Heidelberg.

nous avons traité l'antisepsie des voies digestives, nous avons cru pouvoir en faire une question spéciale étant donnée son importance. Péan, dans sa première pylorectomie, pratique le lavage de l'estomac avec six litres d'eau de Vichy tiède (Guinard). Pozzi lave l'estomac jusqu'à ce que l'eau en ressorte pure.

D'après Doyen, le lavage de l'estomac étant souvent mal supporté par les malades, il vaut mieux éviter de le faire et employer ses pinces à pression élastique. D'ailleurs, d'après lui, il y aurait peu de chances d'infection, l'analyse bactériologique lui ayant montré que les bactéries sont rares dans l'estomac. « Le lavage de l'estomac impuissant à désinfecter parfaitement la muqueuse gastrique, ne pourrait d'ailleurs pas supprimer la présence du suc gastrique dont le contact est aussi nocif pour la séreuse péritonéale que pour la ligne des sutures. »

M. Dubourg cite un cas de syncope après six lavages.

Tuffier, Boiffin, Defontaine, dans leurs observations, ne parlent pas de lavages.

Schwartz fait deux lavages successifs, si toutefois le malade peut les supporter : l'un avant et le second pendant l'opération.

A l'étranger, Buchanan, Caselli, Georges Beatson rejettent ces lavages chez les nerveux, les affaiblis, leur reprochant de prédisposer au shock.

Czerny et Rindfleisch d'Heidelberg, dans leur intéressant mémoire (1) que nous avons traduit avec le plus

(1) Ueber die an der Heidelberger chirurgischen Klinik ausgeführten operationen am Magen und Darm.

grand soin, reconnaissent qu'une bonne partie de leurs derniers succès est due au soin qu'ils ont mis à pratiquer le lavage de l'estomac avec de l'eau boriquée ou salicylée.

On voit que les avis sont très partagés. Quant à nous, nous avons vu pratiquer la gastro-entérostomie sans lavages et après lavages préalables. Tout en tenant compte du hasard qui s'attache à tout cas isolé, nous avons pu constater que, dans une opération qui fut faite sans lavages préalables, une crise de vomissements s'étant produite, il y eut, malgré toutes les précautions prises, irruption dans la cavité abdominale d'un liquide noirâtre, septique à coup sûr, car la conséquence immédiate fut une péritonite partielle dès le lendemain de l'opération. Peut-être un sérieux lavage de la cavité stomacale eût-il évité cet accident !

Aussi nous rallions-nous complètement à l'opinion de M. Jaboulay, opinion qu'il a d'ailleurs nettement formulée dans son remarquable mémoire sur la gastro-entérostomie, paru dans les Archives provinciales de Chirurgie. « Il suffit de réfléchir aux sécrétions normales et pathologiques qui se sont accumulées et décomposées au-dessus du barrage néoplasique pour comprendre l'absolue nécessité de ces lavages... »

Deux questions secondaires se posent ensuite : d'abord : *quand faut-il faire ces lavages ?*

Certains chirurgiens ont fait des lavages préventifs, dans les jours qui précédaient l'opération ; d'autres se sont contentés d'un seul lavage le jour même de l'opération.

Reclus, chez une de ses malades n'ayant pu laver l'es-

tomac avec le tube de Faucher, dut, au moment même de l'opération après avoir tenté en vain le siphonnage par une boutonnière stomacale de un à deux centimètres, pratiquer une large incision de cinq centimètres qui donna issue à une masse énorme d'aliments les plus divers accumulés dans la poche gastrique.

Schwartz pratiqua d'abord le lavage préventif puis le compléta par le siphonnage qui avait échoué dans le cas de Reclus.

Pour nous, nous nous en tiendrons encore aux conclusions de M. Jaboulay :

« Si le malade peut supporter le lavage préventif, en user largement. Si le malade résiste, faire ce lavage en profitant de l'anesthésie. Nous y trouverons en plus l'avantage de pouvoir explorer plus facilement, grâce à la distension stomacale, la tumeur qui se trouvera projetée contre la paroi abdominale. »

Avec quoi faut-il faire ces lavages ?

Les liquides les plus divers ont été employés :

Eau tiède simple : Billroth.

Eau bouillie : Jaboulay, Villar.

Acide salicylique : solution à 1/1000, Rydygier; solution à 2/1000, Ratimoff; solution à 3/1000, Kocher; solution au 1/10, Czerny.

Acide borique : Heinecke, Jaboulay.

Solution de bicarbonate de soude tiède : Novaro.

4° L'ANESTHÉSIE.

La gastro-entérostomie est une opération longue. L'anesthésique idéal qu'il faudrait trouver serait donc

celui qui, tout en déprimant moins le malade, provoquerait le moins ces vomissements ultérieurs qui font frémir si on réfléchit à la fragilité relative des moyens d'anastomose dont nous disposons. Kocher pour éviter le collapsus commençait l'anesthésie au chloroforme et la continuait avec l'éther.

Lücke utilise un mélange de une partie de chloroforme et de deux parties de diméthylacétal. Novaro, après une injection de morphine, endort au chloroforme. Pendant l'opération il donne des lavements stimulants (alcool 20 gr. chlorure de sodium 50 centig., eau 80 gr.), et fait des piqûres d'éther.

Matignon recommande l'anesthésie mixte par le chloroforme et le bromure d'éthyle dont se sont servis Richelot, Championnière et Hartmann. Richelot, pense que cette anesthésie éviterait les complications du côté du cœur, chez les vieillards, les cardiaques. A Lyon, enfin, on pratique l'anesthésie avec l'éther.

Puisque les vomissements ont été attribués à l'anesthésie, on devait naturellement songer à supprimer ce temps de la gastro-entérostomie. Successivement Villar, Hahn ont fait cette tentative. Ils ont dû y renoncer. Reclus qui, dans de nombreuses et intéressantes tentatives, a essayé de substituer la cocaïne en injection aux autres anesthésiques, l'a préconisée dans la gastro-entérostomie. Avec elle, dit-il, plus de shock, plus de vomissements. Mais la gastro-entérostomie, si on y réfléchit, est une opération de trop longue durée pour être tributaire de la cocaïne qu'il faudrait injecter à des doses trop élevées pour ne pas être dangereuses. De plus comment le chirurgien pourrait-il se croire

maître d'un malade en possession de toute sa conscience et de toute sa volonté ?

D'après Terrier, enfin, ces vomissements tant redoutés que l'on reproche à la chloroformisation seraient sous la dépendance des lésions néoplasiques, et non de l'anesthésie.

Cette dernière opinion pourra peut-être sembler exagérée, car il est bien certain que les vomissements peuvent parfaitement provenir de l'anesthésie. Mais quoi qu'il en soit, cette anesthésie, qu'on la demande au chloroforme, à l'éther ou à tout autre agent, est absolument nécessaire. Elle doit être complète, absolue, car c'est dans ce cas seul qu'elle pourra assurer au chirurgien le calme et le sang-froid qui lui sont si nécessaires.

CHAPITRE II.

L'opération.

Nous proposons de diviser cette opération en cinq temps principaux, que nous allons successivement passer en revue et qui correspondent à des périodes bien distinctes dans le cours des manœuvres que le chirurgien va avoir à accomplir.

1^{er} temps. — Laparotomie.

2^e temps. — Recherche de l'estomac et de l'anse jejunaie.

3^e temps. — Établissement des boutonnières stomacales et jejunales.

4^e temps. — Établissement de l'anastomose : procédé des sutures ; procédé des plaques ; anastomose en deux temps.

5^e temps. — Réduction des organes et suture de la paroi abdominale.

1^{er} TEMPS. — LAPAROTOMIE.

La laparotomie a été faite successivement suivant plusieurs lignes d'incision plus ou moins variées, sui-

vant les goûts et les préférences de chaque chirurgien. Trois types principaux ont été particulièrement observés :

1° *L'incision médiane* suivant la ligne blanche et allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et même au-delà.

2° *L'incision oblique* qui, commençant à deux doigts au-dessus de l'ombilic, se dirige à droite ou à gauche en suivant le rebord costal, mais en s'en tenant à quatre ou cinq centimètres. Cette incision a une longueur de douze centimètres.

3° *L'incision verticale* suivant le bord externe du muscle droit du côté gauche.

4° Une *incision mixte* dans laquelle, du milieu de l'incision verticale, on fait passer une incision transversale perpendiculaire à la précédente.

L'incision mixte a été préconisée par Richter et Lücke, par Jonnesco qui trouve qu'elle permet une exploration complète de la région pylorique.

L'incision suivant le bord externe du muscle droit du côté gauche, pratiquée par Billroth, Mazuchelli de Pavie, n'offre aucun avantage. Rydygier, après l'avoir conseillée, la condamne comme favorisant la suppuration de la plaie. Billroth, Wölfler, Péan, Jesset, Th. Morse ont pratiqué l'incision oblique croyant éviter l'éventration dont Weir, Kocher et Wölfler avaient signalé la possibilité avec l'incision médiane. Rydygier a démontré que l'incision oblique, au lieu d'éviter l'éventration, ne faisait qu'y prédisposer. Nous avons gardé enfin, pour la dernière, l'incision médiane. C'est

la meilleure. C'est celle qu'emploient Reclus, Dubourg, Villar, Pozzi, Czerny, Rydygier, Kocher.

La condition essentielle que l'on est en droit d'exiger de l'incision et qui est d'y voir le plus clair possible, est parfaitement remplie par cette incision que l'on peut d'ailleurs agrandir si besoin est.

« Mieux vaut opérer à l'aise et y voir clair, et avoir une incision trop grande » (Jaboulay).

2° TEMPS. — RECHERCHE DE L'ESTOMAC ET DE L'ANSE JÉJUNALE.

Trouver l'estomac, trouver l'intestin, la laparotomie faite sont deux choses relativement faciles. Mais on conçoit aisément qu'il ne soit pas indifférent d'anastomoser l'estomac avec la partie supérieure ou la partie terminale de l'intestin. Dans ce dernier cas, en effet, on perd tout le bénéfice de l'opération car d'un seul coup on supprime presque en entier le champ d'absorption intestinal. Or sans repères précis, sans recherches préliminaires, en prenant, au milieu de la boutonnière abdominale, la première anse intestinale venue, pressé que l'on est d'aller vite, on s'expose aux plus graves mécomptes. C'est ce qui est arrivé à Angerer, Herbert, Lauenstein, Roux de Lausanne. Ce dernier nous raconte en effet qu'à l'autopsie d'une de ses opérées, il trouva avec stupeur que son anastomose était située à peine à quarante centimètres de la valvule iléo-cœcale.

Rochwitz, après avoir préconisé la méthode qui consiste à prendre à l'aveugle la première anse venue, semble douter ensuite de la valeur de son procédé car

il conseille d'avoir recours à l'expérience de Nothnagel. Elle s'appuie sur ce fait qu'un morceau de sel marin déposé sur une anse intestinale y détermine un mouvement péristaltique se dirigeant vers le duodenum. Ce moyen sans doute serait excellent. Mais on a cité des insuccès (Roux, Lücke, Lauenstein). Pour Doyen « la première anse jejunaie est facilement reconnue grâce à son émergence sous les vaisseaux mésentériques supérieurs ». Socin conseille de choisir l'anse intestinale qui est située le long de la colonne vertébrale, immédiatement en arrière du colon transverse. Czerny et Rindfleisch relèvent le colon vers le haut ; ils saisissent l'anse d'intestin grêle qui est située près de la colonne vertébrale et qui forme un angle avec elle.

Wölfler introduit la main dans le ventre à la recherche de l'angle formé par le duodenum, puis suit à partir de là l'intestin grêle qu'il ouvre en un point situé à cinquante centimètres de son origine.

C'est aussi la méthode préconisée par Villar. Quant à nous, nous nous en tiendrons au procédé de M. Jaboulay, procédé que plusieurs fois nous avons expérimenté sur le cadavre et qui toujours nous a donné les meilleurs résultats.

« Attirer au dehors la paroi antérieure de l'estomac et la confier à un aide..... Relever le grand épiploon par devant l'estomac et insinuer par dessous la main droite à la recherche de la troisième portion du duodenum. La suivre et descendre ainsi sur la première portion du jejunum, suivre l'anse jejunaie, l'attirer au dehors et la faire passer en avant de l'épiploon jusqu'à ce qu'elle soit au devant de l'estomac.....

Quelques chirurgiens (Terrier, Dnbourg), dit encore Jaboulay, préfèrent insinuer l'anse jejunaie à travers un trou fait dans le grand épiploon ; mais cette méthode peut être dangereuse à cause de la possibilité de la blessure des vaisseaux du colon et de la gangrène consécutive de celui-ci et secondairement par la compression cicatricielle de l'anse engagée (1). »

Nous pensons, avec Jaboulay, que cette dernière méthode peut présenter des dangers et nous conseillons de la réserver pour les cas où des adhérences empêcheraient de relever l'épiploon.

Nous terminerons, enfin, sur le conseil de Beatson : « Avant tout, choisir une anse intestinale s'appliquant bien sur l'estomac. »

3^e TEMPS. --- ÉTABLISSEMENT DES BOUTONNIÈRES STOMACALES ET JEJUNALES.

De nombreuses questions se posent au moment d'établir ces boutonnières. Où le chirurgien doit-il les pratiquer ? Comment les fera-t-il ? Et quand les fera-t-il ? Réséquera-t-il une partie de l'intestin ou se contentera-t-il d'une incision linéaire ? Enfin, l'opérateur établira-t-il l'anastomose en un temps ou en deux temps, suivant le procédé préconisé récemment par le chirurgien russe Postnikow ?

1^o *Siège des boutonnières.* — Le choix du siège de l'incision doit tenir compte de trois « nécessités chirurgicales : » Éviter les vaisseaux ; placer la boutonnière

(1) Arch. prov. de chirurgie. n^o 1.

dans un point qui permette l'écoulement facile des liquides; s'éloigne autant que possible du néoplasme, si néoplasme il y a, tout en conservant la plus grande surface digestive possible.

C'est à réaliser ces conditions que les chirurgiens doivent s'appliquer.

Pour éviter les vaisseaux, il suffit, recommande Doyen, au lieu de faire deux incisions parallèles entre elles, de faire deux incisions dirigées parallèlement aux vaisseaux : l'une, perpendiculaire aux courbures de l'estomac; l'autre, située sur le bord libre de l'intestin et parallèle à son grand axe. De cette manière, on ne risque pas d'affaiblir la vitalité des parois, ni d'avoir à pratiquer de nombreuses ligatures.

Jaboulay recommande d'établir le pli sur lequel doit porter l'incision stomacale « en un point qui correspond au milieu de la face antérieure, dans le territoire pauvre en vaisseaux, sur le trajet de la ligne horizontale passant par le milieu de l'orifice pylorique. »

Lücke et Lauenstein proposent, afin d'éviter les vaisseaux, une incision oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Gross, de Nancy, recommande de rester à un bon travers de doigt au moins, du bord d'insertion du grand épiploon, à la réunion du tiers moyen et du dernier tiers de l'estomac, en ayant soin, en cas de cancer, de ne pas trop se rapprocher du néoplasme, qui pourrait envahir l'orifice anastomotique.

Pour lui, la préférence doit être donnée à l'in-

cision oblique allant de gauche à droite et de haut en bas.

Hadra, enfin, recommande de placer la boutonnière à la partie supérieure pour que la situation déclive ne nuise pas à la digestion gastrique.

2° *Quand faut-il inciser et comment faut-il inciser les parois stomacales et intestinales?* — Pour Gross, l'incision doit être faite le plus tard possible, afin de réduire le temps d'ouverture des viscères et les risques d'épanchement des liquides et, par conséquent, d'infection. Aussi, préconise-t-il le procédé décrit par Terrier, qui consiste à placer les fils de la suture antérieure avant d'ouvrir les viscères. (Voir plus loin à l'article : sutures.)

D'après Jaboulay, « le chirurgien doit faire, sur chacun des plis tenus par les aides, une ponction au bistouri, franche, intéressant d'emblée les trois tuniques; l'incision est continuée sur une étendue de 4 centimètres au moins. Il est nécessaire de s'assurer, et cela surtout pour la section stomacale, que la muqueuse a été intéressée et que le bistouri n'a pas seulement glissé entre elle et la musculuse en la décollant. Pour cela, l'index gauche sera introduit dans la plaie et jusque dans la lumière du conduit stomacal et intestinal. »

D'autres chirurgiens, Roux, de Lausanne (1), entre autres, dans le but de retarder autant que possible l'ouverture de l'estomac et de l'intestin, conseillent de

(1) Roux. Soc. de chirurgie, 18 juillet 1889.

n'inciser d'abord que la séreuse et la tunique musculaire, de placer deux rangées de fils : les uns, séreux, superficiels ; les autres, séro-musculaires, profonds et de n'ouvrir la muqueuse qu'à ce moment. Ce procédé, décrit d'ailleurs par Barker, dès 1886, et très possible chez le chien, comme nous avons pu nous en rendre compte, est rendu très difficile chez l'homme, tout au moins sur le cadavre. Ch. Monod, dans ses expériences, est bien parvenu, sur l'estomac, à distinguer dans son incision, la limite de la musculeuse et de la muqueuse, mais il a échoué sur l'intestin. Il conseille toutefois au chirurgien de tenter cette dissociation au cours de l'opération. Si elle réussit, elle ne peut offrir que des avantages.

D'après Villar, cette tentative risquerait peut-être de compliquer l'opération.

Afin d'éviter l'issue de liquides septiques dans la cavité péritonéale, outre le lit de compresses qui, en séparant la paroi à inciser des autres viscères, doit les préserver de toute souillure, on a recommandé plusieurs manœuvres qui toutes gagneraient peut-être à se compléter l'une par l'autre.

Jaboulay se contente de ponctionner au milieu du pli que fait la main de l'aide qui attire en haut la paroi à inciser, et de fait, avec un aide sûr, jamais dans le cours de ses opérations nous n'avons vu survenir d'accidents.

Si le chirurgien désire user de plus de prudence, il ne manque pas, d'ailleurs, de moyens à sa disposition.

Avant l'incision stomacale, on peut placer des pinces à pression élastique. Le plus souvent, il suffit de tra-

verser la paroi par un fil qui permet de l'attirer en haut. Pour l'intestin, plusieurs pressions répétées suffisent à vider la partie de l'anse que l'on a choisie pour l'anastomose, région que l'on protège ensuite, en la comprenant entre deux pinces à pression élastique (Doyen).

On peut encore utiliser le compresseur de Rydygier (deux lames métalliques entre lesquelles on place l'intestin et dont on lie les extrémités); les pinces de Chaput (longues pinces à mors flexibles et munies d'une crémaillère); la pince de Quenu (deux longs mors dont l'extrémité des branches est rapprochée par une anse de caoutchouc).

D'après Villar, à qui nous empruntons ces derniers détails de technique (1), ces pinces, inutiles pour l'incision stomacale, auraient ici l'avantage d'éviter un reflux intestinal et de permettre le maniement facile de l'intestin.

3° *Avec quel instrument doit-on pratiquer l'incision?*

— On a préconisé successivement le bistouri et le thermocautère.

« D'après Jeannel de Toulouse : grâce au thermocautère, l'hémorragie est faible et on ne risque pas de voir, comme l'a observé Jaboulay (Archiv. prov. de Chir., nov. 1892), les lèvres viscérales s'agglutiner et se réunir de telle sorte que la bouche stomaco-jejunale se ferme. » On a également employé le bistouri et les ciseaux. Le thermocautère sans doute expose

(1) Archives cliniques de Bordeaux, mars 1893.

moins à l'hémorragie, mais il expose la muqueuse à un sphacèle ultérieur, à des hémorragies secondaires, et si on a prétendu qu'il donnait moins de chance de rétrécissement que le bistouri, il faut ajouter que le bistouri a sur lui l'avantage énorme de donner une incision nette permettant d'établir facilement les sutures. Nous avons toujours vu M. Jaboulay commencer l'incision par une ponction franche, puis l'agrandir ensuite avec les ciseaux et toujours il s'est bien trouvé de ce procédé.

D'ailleurs, si une hémorragie se produisait (elle sera d'autant moins à craindre qu'on aura mieux évité les vaisseaux), il resterait toujours la ressource d'employer les pinces de Chaput ou tout au moins des pinces caoutchoutées qui sont sans danger pour les tissus. La suture achèverait l'hémostase.

4° *L'incision simple suffit-elle ?* — Un des grands inconvénients que présente l'établissement des boutonnières, c'est le rétrécissement ultérieur. Ce rétrécissement a été constaté à toutes les autopsies. D'après Villar, après guérison parfaite, le diamètre de la nouvelle boutonnière aurait diminué de plus de moitié.

Ce rétrécissement nous avait été signalé, dès l'année dernière à pareille époque, par M. Jaboulay qui avait eu à le noter au cours d'une de ses autopsies. Il s'agissait d'un malade mort quatre jours après l'opération, et dont l'anastomose gastro-intestinale ne laissait même pas passer les liquides de l'estomac. Dès cette époque, M. Jaboulay avait pensé qu'il serait sans doute

bon, par une incision elliptique, d'abraser une partie de la muqueuse.

Doyen, afin de maintenir béant l'orifice anastomotique, a pensé y arriver grâce à sa combinaison d'une incision stomacale perpendiculaire avec une incision jejunaie parallèle à l'axe de l'intestin. Le résultat serait un orifice ovalaire. Villar, à Bordeaux; Jeannel, à Toulouse, se demandent également s'il n'y aurait pas avantage à exciser une partie de la paroi.

C'est aussi dans le but de maintenir l'anastomose, que l'on a proposé l'emploi de tubes d'os décalcifiés... (Péan, Mayo, Robson) et même de tubes de caoutchouc (Delagenière). Quoi qu'il en soit, il est certain qu'à la rigueur, l'incision linéaire peut suffire. Elle a suffi dans nombre d'opérations qui ont donné d'excellents résultats, mais il n'en est pas moins constant qu'il faut tenir un grand compte du rétrécissement ultérieur. Aussi pensons-nous avec M. Jaboulay, que les incisions stomacale et jejunaie doivent avoir chacune une longueur d'au moins 5 centimètres et qu'il est bon, quitte à voir réapparaître l'hémorragie, d'y joindre l'abrasion d'une partie de la paroi de façon à donner une ouverture elliptique.

A la rigueur, même comme le propose Villar, on pourrait se contenter de faire, suivant l'axe de l'intestin, une simple incision linéaire, mais pour l'intestin seulement.

4^e TEMPS. — ETABLISSEMENT DE L'ANASTOMOSE.

Les boutonnières stomacale et jejunaie sont faites. Il reste maintenant à établir d'une façon définitive l'anastomose.

Trois moyens ont été préconisés pour fixer, l'une à l'autre, les deux boutonnières mises au contact :

1^o Les sutures.

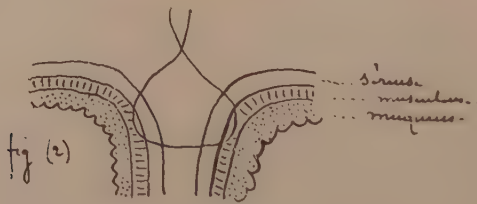
2^o Les plaques.

3^o Le procédé de Postnikow.

1^o *Sutures.* — Le procédé des sutures est le procédé primitif, celui qui a servi à Wölfler.

Afin d'apporter un peu de clarté et de précision dans l'énoncé des différents systèmes de sutures employés, nous avons cru bon de décrire d'abord les sutures employées par Wölfler, puis d'ajouter ensuite à cet énoncé, l'énoncé des modifications apportées par la suite à son procédé.

Wölfler fit d'abord une double suture de la muqueuse et de la séreuse au moyen de sutures de Lembert (fig. 2).

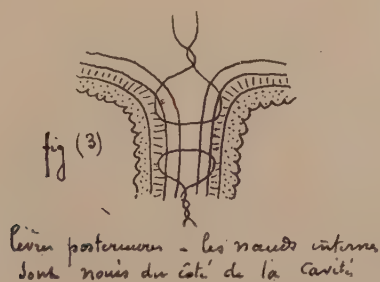


Suture de Lembert.

Von Hacker réunit les deux muqueuses stomacale et jejunaie par une suture continue, puis il établit une suture séro-musculaire et au delà des points de Lembert espacés.

En France, Pozzi néglige la muqueuse.

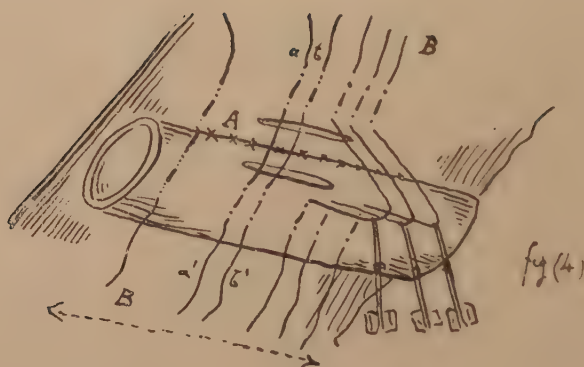
Il fait deux rangées de sutures pour chaque lèvre de la boutonnière, c'est-à-dire deux sutures séro-musculaires superposées; en somme, c'est la suture de Czerny qui d'ailleurs est excellente.



La rangée de sutures de Lembert (2) placée à l'extérieur sert de soutien et d'affrontement pour les lèvres de la plaie.

Procédé de Terrier. — « L'intestin est fixé à l'estomac par un premier plan de sutures à points séparés au fil de soie. Ces sutures ne pénètrent ni dans la cavité stomacale, ni dans la cavité intestinale.

Chaque fil après avoir pénétré dans l'épaisseur de la paroi stomacale, par exemple, ressort à une petite distance, pénètre de nouveau dans la paroi pour en ressortir après un trajet de quelques millimètres, toujours sans la traverser. Ce même fil se comporte de la même façon sur la paroi intestinale. L'ensemble des fils ainsi placés, au nombre de douze environ, constitue le plan séro-séreux postérieur (A) qui s'étend sur une longueur de 10 à 11 centimètres. Chaque point est serré immédiatement.



Une autre série de sutures (B), presque parallèles à la précédente, mais toutefois convergeant vers elle à ses extrémités est placée, ainsi que l'indique le schéma ci-dessus, sur l'estomac et sur l'intestin.

Si les fils étaient maintenus tendus, comme (aa' bb') au dessus de l'angle dièdre formé par les parois stomacale et intestinale, l'opérateur serait gêné. Terrier forme donc des anses avec ces fils. Puis il en fixe les extrémités avec d'autres pincettes. Les trois pincettes appartenant à chaque fil sont réunies dans une même compresse stérilisée.

L'intestin et l'estomac sont ouverts au bistouri sur une longueur de 4 centimètres. On suture alors l'une à l'autre les muqueuses des lèvres postérieures, puis les muqueuses des lèvres antérieures. Il ne suffit plus alors que de serrer la rangée de sutures séro-séreuses (B), ce qui est facile, chaque fil ayant été isolé par les trois pincettes. » (1) C'est ce procédé qui, avec de très légères modifications, a été employé par Michaux et Delagenière.

Procédé de Reclus. — 1° Plan de points de sutures séro-séreuses passant sur l'estomac à deux centimètres au-dessous de l'incision et sur l'intestin, aussi près que possible du mésentère pour ménager l'étoffe intestinale.

2° Etage semblable de points séro-séreux à un centimètre au-dessus.

L'intestin et l'estomac sont incisés sur une étendue de 5 centimètres. Les deux lèvres postérieures étant suturées, les points de ces fils muco-muqueux, serrés intérieurement en faisant saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin, on passe aux lèvres antérieures unies également par des points muco-muqueux, mais cette fois en dehors.

Au-dessus de l'anastomose, on pratique deux étages de sutures séro-séreuses semblables à ceux qui ont été faits au-dessous.

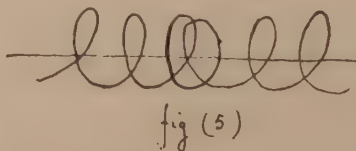
Ce procédé est celui que préconise Chaput, mais pour la suture muco-muqueuse, il pratique une série de ligatures en chaîne. Le seul inconvénient de ces ligatures, c'est de réduire par trop la longueur de l'incision.

Schwartz, au lieu de faire des sutures muco-muqueuses, réunit les lèvres de l'incision par des sutures séro-musculo-muqueuses.

Procédé de Doyen. — Doyen établit deux plans musculeux postérieurs, suture les muqueuses et termine par deux plans séro-musculieux antérieurs, qu'il fait empiéter de quelques millimètres sur les deux plans postérieurs.

(1) Thèse de Paris, Trognon.

Doyen se sert de soies et de fines aiguilles rondes (n° 8) à chas fendu, de manière qu'il soit aisé de substituer une aiguille courbe à une aiguille droite et réciproquement. Sa suture est une sorte de surjet fait de telle sorte que « tous les trois ou quatre points, le fil est arrêté en repassant l'aiguille au travers du point précédent.



Rapidité d'exécution, affrontement meilleur que par les points séparés, sont les avantages de cette suture. De plus, la fin de l'opération, ajoute Doyen, ne laisse en saillie dans le péritoine, que le nœud terminal. Doyen emploie ce surjet à points passés pour ses trois plans de sutures.

Procédé de Jeannel. — Il est le même que celui de Chaput (Arch. prov. de Chir. janvier 1893) sauf les sutures muco-muqueuses. Chaput procède par points entrecoupés, tandis que Jeannel se sert du surjet entrecoupé de Doyen.

Jeannel traverse toute l'épaisseur des parois des lèvres de l'incision; car, d'après lui, la suture muco-muqueuse déchire la muqueuse.

Pour assurer l'occlusion des angles, il conserve les fils situés aux points extrêmes des plans postérieurs et les noue avec les fils correspondants des plans antérieurs.

Procédé de Gross (Sem. méd., août 1893). — C'est une combinaison des procédés de Chaput et de Doyen.

Pour les deux plans postérieurs, il emploie le surjet de Doyen. Pour la muqueuse, il se sert des ligatures en chaînes, décrites par Chaput (1), mais, afin d'éviter le rétrécissement de l'incision, il débride secondairement à droite et à gauche. Il suture la muqueuse des lèvres antérieures par le procédé en bourse de Malgaigne et passe ensuite à ses deux plans séro-musculéux antérieurs.

Procédé de Villar (Ar. clin. de Bordeaux). —
1° Suture séro-séreuse postérieure. 2° Ouverture de l'estomac et de l'intestin. 3° Résection des portions exubérantes des muqueuses postérieures (c'est le procédé de l'abrasion de Chaput). 4° Suture en surjet, au point de couturière, des lèvres postérieures des incisions stomacale et intestinale qu'on a sous les yeux (cette suture ne doit comprendre que la partie musculo-séreuse des lèvres postérieures). 5° Suture des muqueuses : les fils muqueux pourraient, en passant, traverser le bord libre des lèvres postérieures déjà réunies. 6° Excision des parties exubérantes des muqueuses antérieures. 7° Adossement face interne contre face interne des surfaces musculaires stomacale et intestinale avivées. 8° Suture séro-séreuse antérieure.

Procédé de Jaboulay. — Nous avons réservé enfin pour le dernier, le procédé employé par M. Ja-

(1) Technique des opérations sur l'estomac et l'intestin, 1892, p. 147.

boulay, procédé qui, entre ses mains, lui a donné les plus brillants résultats. Pénétré de cette juste idée qu'avant tout il faut aller vite, M. Jaboulay recommande le procédé des deux boutonnières.

1° Plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures. 2° Plan sur les muqueuses de ces mêmes lèvres (fig. 6). 3° Plan sur les muqueuses des lèvres antérieures. 4° Plan sur les séreuses antérieures.

Pour le premier et le quatrième plans, M. Jaboulay emploie les sutures de Gussenbauer. Pour ne pas faire le retournement des anses, il recommande de passer les fils des lèvres postérieures de l'intérieur à l'extérieur (fig. 7).



Fig. 6

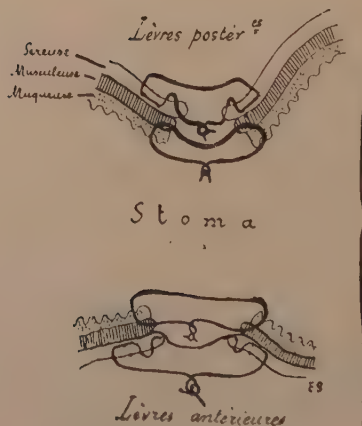


Fig. 7

Dans toutes ces sutures, on a employé successivement le catgut et la soie.

L'accord semble s'être fait dans ces derniers temps pour préférer la soie, qui a moins de chances d'être rapidement résorbée.

Quant aux instruments que l'on peut employer pour faire ces sutures, le chirurgien n'a guère que l'embaras du choix.

Doyen emploie les aiguilles à suture ordinaire, mais elles demandent quelque habileté.

D'après Jeannel, l'aiguille de Reverdin a le défaut de ne pas se fermer à ressort. De plus, elle accroche trop facilement.

Reste enfin l'aiguille de Reverdin-Collin, modifiée par Chaput, qui, à tous les points de vue, est l'instrument de choix.

Procédé des plaques. — Ce procédé dû à Senn, chirurgien de Chicago, fut imaginé dans le but d'abrégier une opération toujours dangereuse lorsqu'elle porte sur des sujets dans un état de cachexie relativement avancée. Nous avons traduit avec le plus grand soin l'ouvrage même que Senn a fait paraître et dans lequel il consigne le résultat de ses expériences si originales et si dignes d'intérêt et nous croyons bien faire en lui laissant la parole dans l'exposé de son procédé.

« La substance des lames d'union devra pouvoir résister aux sucs gastrique et intestinal pendant trois ou quatre jours au moins. Les lames valent mieux que les anneaux, car elles maintiennent soigneusement en contact une plus grande surface péritonéale, en même

temps qu'elles agissent comme boucliers en préservant complètement les parties qui sont interposées entre elles. Les plaques d'os décalcifié sont les meilleures, car après quelques jours elles disparaissent spontanément, ne laissant dans l'estomac aucun corps étranger qui puisse ultérieurement provoquer de l'irritation, ou même une nouvelle obstruction intestinale. J'ai eu quelques insuccès dus à ce que j'employais des plaques sèches. Toute substance hygrométrique doit être prohibée, car, par son gonflement, elle peut amener de la gangrène par compression. Les plaques sont décalcifiées dans une solution de Hcl. à 10 % où on les laisse jusqu'à ce qu'elles soient molles ou pliantes. On les conserve dans une solution à parties égales d'alcool, de glycérine, d'eau entre deux lames de verre pour préserver leur surface lisse et éviter le gondolement. Elles seront fixées par des sutures de soie et non de catgut..... Le trou dont la lame sera percée aura au moins un pouce $\frac{3}{4}$ de longueur sur $\frac{1}{2}$ de large. La marge de la lame autour de l'ouverture ovale doit avoir de $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ pouce de large...

Opération. — Placer l'anse dans la direction indiquée par Rochwitz, c'est-à-dire après lui avoir fait décrire un quart de cercle. Quatre trous ayant été préalablement percés sur les bords de l'ovale central, on passe à travers ces trous des fils montés sur des aiguilles et maintenus à la partie postérieure de la plaque par un fil circulaire.

L'estomac et l'intestin sont attirés au dehors et entourés de compresses de gaze trempées dans l'eau stérilisée.

Sur l'intestin, du côté opposé à l'insertion mésentérique, on fait une incision assez longue pour y introduire la lame osseuse par sa tranche. La plaque étant insinuée, les aiguilles des deux fils correspondant au petit diamètre de l'ovale sont passées de dedans en en dehors à travers toute l'épaisseur de la paroi intestinale, près du bord de la plaie. Les deux fils du grand diamètre sont attirés par l'orifice même de la plaie à chacune de ses extrémités..... Même manière de procéder pour l'estomac avec la seconde plaque.

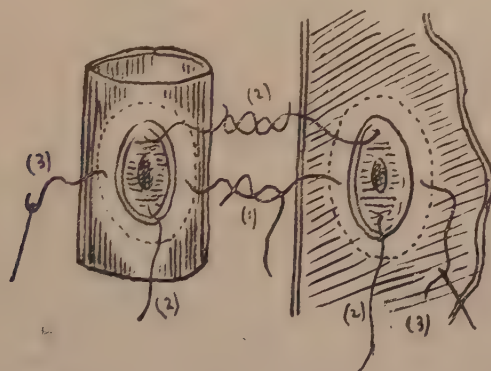


fig 8 schéma (Thou. de Prognon)

Les deux ouvertures étant juxtaposées, et les plaques maintenues solidement l'une contre l'autre, les chirurgiens noue les fils homologues, en commençant par les fils latéraux inférieurs (1), en continuant par les fils extrêmes (2), puis par les fils supérieurs (3).

Avant de serrer les fils, il faut avoir soin de scarifier les séreuses qu'on veut mettre en contact. Les sutures doivent être serrées juste assez pour maintenir ce

contact sans gêner la circulation. Les lèvres de la plaie de l'estomac et de l'intestin doivent être soigneusement repoussées entre les deux lames avec un stylet ou une sonde. Il est bon de soutenir l'action des plaques avec quelques points superficiels à la soie fine.

Il faut proscrire l'ingestion d'aliments jusqu'à ce que des adhérences solides se soient formées, ce qui demande au moins deux jours..... Une gastro-entérostomie ainsi faite, peut être terminée en un temps variable de 15 à 30 minutes.

M. Matignon, de Bordeaux, a imaginé de remplacer les plaques d'os décalcifié par des disques de corne de trois à quatre millimètres d'épaisseur passés à l'eau bouillante pour les rendre aseptiques.

Il a inventé également un dispositif très original et très ingénieux, qui lui permet de serrer à la fois tous les fils sans les interposer entre les séreuses.

Les plaques osseuses n'ont pas seules été employées : Abbe, s'est servi d'anneaux de catgut ; Davis, de nattes de catgut afin d'éviter la gangrène. En même temps ce dernier substituait aux scarifications de Senn le grattage des séreuses afin d'obtenir un accolement plus rapide.

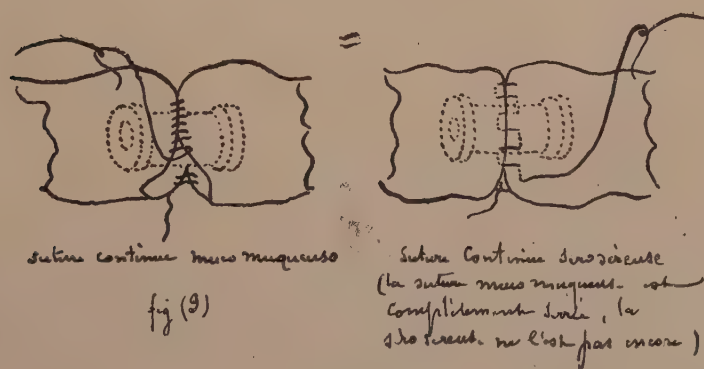
Roman Von Baracz préconise, au lieu de plaques d'os décalcifié, des tranches de chou-navet (épaisseur 0 cent. 5, longueur 7 cent. 5, largeur 3 cent. 5 ; l'ouverture centrale avait 3 cent. de longueur sur $5/4$ de cent. de large).

Robert Dawbarn, enfin, dans un article des Annales of Surgery de février 1893, comparant entre elles les différentes substances employées pour les plaques anas-

tomotiques, déclare que la substance qu'il faut préférer est la pomme de terre qui, macérée pendant une heure dans l'eau chaude ou tiède non carbonatée, devient dit-il aussi dure qu'un morceau de bois.

Tubes d'os décalcifié. — Outre les plaques préconisées par Senn, Jessett, Matignon, et dont nous venons d'étudier l'emploi si ingénieux, d'autres chirurgiens, pénétrés également de cette idée qu'il faut aller vite tout en cherchant à maintenir le mieux possible la libre circulation dans le nouvel orifice anastomotique, ont préconisé l'emploi de tubes d'os décalcifié. C'est d'abord Péan qui, dans sa Gastro-duodénostomie de juin 1889, utilise un tube d'os décalcifié.

Dans la Semaine médicale du 7 décembre 1892, enfin, nous trouvons une étude intéressante présentée par M. Mayo Robson (de Leeds).



D'après lui, les plaques laissent toujours à craindre un écoulement possible des matières intestinales au niveau de la suture ou un rétrécissement ultérieur. Les tubes d'os décalcifié que préconise Mayo Robson

ont la forme d'une bobine de fil ordinaire. Grâce à cette méthode, il serait possible d'obtenir la continuité de la muqueuse à travers la nouvelle ouverture, au moyen d'une suture continue que l'on pourrait serrer autour d'un tube sans crainte de trop diminuer les dimensions de l'orifice. Il serait ainsi possible d'éviter un rétrécissement cicatriciel consécutif.

L'union des surfaces séreuses serait assurée au moyen d'une suture séro-séreuse faite de la même façon que pour la muqueuse à 1 cent. ou 1 cent. 1/2 des bords de l'incision.

Par l'emploi de ces deux sutures continues, on épargne ainsi du temps. De plus, les deux aiguilles pouvant être préparées à l'avance, l'opérateur peut se passer d'un deuxième assistant. L'os décalcifié disparaît après quelques jours. Les extrémités dépassant en épaisseur le corps même de la bobine osseuse, celle-ci ne peut changer de place que lorsque sa présence n'est plus nécessaire. Pour faciliter l'opération, on peut commencer par la suture séro-séreuse de la moitié postérieure de l'incision, puis on pratique la suture muco-muqueuse sur la même longueur. Le tube est mis en place et il ne reste plus qu'à terminer les sutures muco-muqueuse et séro-séreuse déjà commencées.

Après Mayo-Robson, le D^r Murphy, professeur de clinique chirurgicale à Chicago, mettant en pratique une idée qui dès longtemps déjà nous avait été signalée par M. Jaboulay, apporte sa découverte de ce qu'il appelle le *bouton anastomotique* (1).

(1) Revue de chirurgie, avril 1893.

« Son appareil se compose de deux pièces qu'on introduit dans l'intestin et qui s'articulent ensemble en rentrant l'une dans l'autre, maintenant ainsi l'intestin rapproché de la paroi stomacale. Ces pièces ont toutes deux la forme d'un rivet qui serait creusé d'un large canal central. La pièce femelle présente à l'intérieur de sa tige un pas de vis creux. La pièce mâle dont la tige s'introduit dans celle de la pièce femelle est garnie de deux petits crochets montés sur un ressort grâce auquel elle s'introduit sans difficulté dans la pièce femelle à l'aide d'une légère pression. Toutefois, il n'est pas possible de séparer les deux pièces l'une de l'autre à cause des crochets qui ne permettent pas le retour en arrière à moins qu'on ne dévisse méthodiquement.

On introduit dans l'estomac, par exemple, la pièce mâle, je suppose, la tête la première en laissant déborder l'orifice intestinal. Puis, à l'aide d'une suture continue qui agit comme les cordons d'une bourse, on rétrécit l'orifice intestinal jusqu'à ce qu'il s'applique étroitement sur la tige de la pièce mâle. On fixe de la même façon la pièce femelle dans l'intestin. Il ne reste plus qu'à introduire la tige mâle dans la tige femelle pour rétablir la continuité de l'anastomose.

Avantages d'après l'auteur : Sutures inutiles. Réunion parfaite des surfaces sans danger de déplacement. Cicatrice linéaire avec minimum de rétrécissement. Simplicité de son emploi.

Mais en entrant dans le détail des expériences, on trouve plusieurs cas de perforation intestinale. Chaptut fait en outre, à ce procédé, les objections suivantes :

1° La réunion des muqueuses n'étant pas assurée, on doit craindre un rétrécissement sinon immédiat, mais tardif.

2° Si l'intestin n'est pas assez comprimé par l'appareil, il est possible qu'il y ait écoulement des liquides dans le péritoine : si la compression est trop forte, le sphacèle peut survenir.

3° L'intestin sur la tige forme des plis qui rendent le contact difficile et imparfait.

4° Quoique les boutons soient très gros, leur canal est très petit (moins de 1 cm.). Les corps étrangers peuvent l'engorger et provoquer de l'occlusion intestinale.

5° Une fois les deux pièces placées dans l'intestin, on ne peut plus les séparer, car il faut les dévisser. Ceci est un inconvénient si on s'aperçoit que le contact intestinal est imparfait.

6° L'appareil est difficile à construire, coûteux, peu facile à se procurer

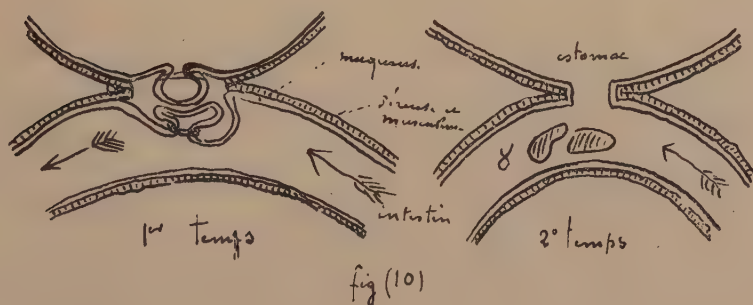
Tels étaient les procédés employés et préconisés jusqu'à ces derniers temps, lorsqu'en décembre 1892 (1). Postnikow, de Moscou, imagina un procédé des plus ingénieux, auquel il donna le nom de gastro-entérostomie en deux temps. Nous avons traduit nous-même la remarquable communication de Postnikow et nous ne pouvons mieux faire que de laisser la parole au chirurgien russe :

« Dans le but de diminuer les chances de mortalité

(1) Centralblatt für Chirurgie, 10 décembre 1892.

de cette opération palliative, d'en atténuer les dangers et de les ramener au minimum, j'ai pratiqué une série d'expériences sur des chiens et c'est sur ces expériences que je m'appuie pour proposer quelques modifications dans le manuel opératoire....

Ma modification s'applique aussi bien à la méthode de Wölfler qu'à celle de Courvoisier et de Hacker et consiste en ceci que l'incision ne traverse pas toute l'épaisseur de l'estomac et de l'intestin. Elle comprend les temps suivants :



1° Sectionner la paroi abdominale.

2° Tirer au dehors l'intestin et le fixer par des sutures séro-séreuses à la paroi de l'estomac.

3° Décrire un petit ovale avec le bistouri sur la paroi de l'estomac en pénétrant jusqu'à la couche muqueuse et faire de même sur la paroi de l'intestin.

4° Unir par des sutures les bords postérieurs des deux plaies faites à l'estomac et à l'intestin.

5° Placer une ligature de soie autour du pédicule de cette partie de la paroi stomacale qui a été laissée libre par l'incision et placer de même une liga-

ture correspondante sur la partie de l'intestin libre de la séreuse.

6° Suturer les bords antérieurs des plaies de l'estomac et de l'intestin.

7° Deuxième rang de sutures séro-séreuses dans le voisinage de la dernière suture.

8° Fermer la cavité abdominale.

Nous voyons donc que la modification en question consiste simplement dans le 5° temps. Les muqueuses de l'estomac et de l'intestin ne sont pas sectionnées, mais elles sont liées par une très forte ligature. Par suite de la gangrène, elles tombent d'elles-mêmes dans le 3^e ou le 4^e jour qui suivent et alors s'établit la communication entre l'estomac et l'intestin grêle. C'est le second moment de l'opération....

Voici quels sont les avantages de cette méthode que j'ai déjà expérimentée dix-sept fois sur des chiens :

1° L'issue du contenu de l'estomac et de l'intestin aussi bien que la péritonite sont devenues impossibles, l'opération par ce moyen peut se faire avec une asepsie parfaite.

2° Par la modification en question, l'opération est plus rapide.

De 16 à 20 points de sutures suffisent.

On peut faire usage de quelques rares sutures espacées et partant, y apporter plus de soin. Comme l'ouverture de la muqueuse ne se fait pas avant deux ou trois jours, ce temps suffit pour que les parois de l'estomac et de l'intestin se soient soudées.

3° Le jour de l'opération chez un malade très affaibli, on peut se dispenser du lavage de l'estomac qui

amoinndrit encore les forces, dont le malade a si besoin. L'opération devient sûre, rapide, agréable.

Quant au manuel opératoire, il est simplifié. Les animaux sur lesquels j'expérimentai, guérèrent promptement et prirent déjà de la nourriture à la fin du premier jour.

== Dans cette longue revue, que nous venons d'exposer de tous les procédés mis à la disposition du chirurgien pour l'établissement de l'anastomose, ce ne sont pas, comme on le voit, les moyens qui manquent. Il n'y a guère que l'embarras du choix.

En France, pour le dire immédiatement, les chirurgiens, sauf de très rares exceptions, se défient des procédés rapides. Tout en reconnaissant la nécessité d'aller vite, ils ne veulent rien laisser au hasard et préfèrent opérer plus lentement, mais opérer sûrement.

Aussi le procédé des sutures est-il presque exclusivement employé. Mais les sutures sont longues à établir. Une gastro-entérostomie faite par un chirurgien habile au moyen de ce procédé ne peut guère durer moins d'une demi-heure. D'où la nécessité d'employer les sutures continues qui permettent seules de gagner du temps. Aussi ne saurions-nous assez préconiser le procédé de M. Jaboulay qui lui a donné les meilleurs résultats.

Dans ces deux premières gastro-entérostomies, M. Jaboulay n'avait mis que 30 à 35 minutes. Dans une troisième opération où il fit la double anastomose, la malade resta exactement sous l'anesthésie 1 h. 05.

Quant aux plaques que vantent Senn, Jessett, Matignon, elles ont trouvé de nombreux détracteurs.

Il est difficile de préparer ces plaques de façon qu'elles ne soient ni trop dures, ni trop molles. Si elles sont trop grandes, on ne les introduit qu'en contusionnant les bords de l'incision. On peut même obscurcir le calibre de l'intestin. Si elles sont trop petites, les bords de la plaie se rétractent et s'échappent. Lorsque les fils que l'on noue ne sont pas homologues, les plaques tournent et risquent de déchirer l'intestin. L'oblitération de l'orifice enfin peut se produire, comme Senn lui-même l'a observé (Reichel).

Dans un cas où Senn avait employé des plaques sèches, il eut une péritonite par perforation, bien qu'il eut bordé en forme de lèvres la muqueuse par la séreuse.

D'après Czerny, enfin, la méthode des plaques osseuses est douteuse; lorsqu'elle doit être faite bien et vite, elle exige plus d'exercice de la part de l'opérateur et de ses aides qu'une double suture intestinale.

Quant aux tubes d'os décalcifié de Mayo-Robson, ils peuvent rendre, sans aucun doute, les plus grands services, s'ils persistent assez longtemps pour empêcher le rétrécissement ultérieur, ce qui est d'ailleurs leur principal but.

Nous avons vu les sérieuses objections que Chaput a opposées au trop perfectionné bouton anastomotique de Murphy.

Reste enfin la gastro-entérostomie en deux temps de Postnikow. Nous ne cacherons pas que le procédé du chirurgien russe a toutes nos sympathies.

Il est simple, il est élégant et, en empêchant l'infection possible par irruption de matières septiques dans la cavité péritonéale, il supprime du même coup un des grands dangers que l'on a à redouter dans toute gastro-entérostomie.

Villar, de Bordeaux, a objecté à ce procédé : qu'on n'était jamais assuré du moment où tomberait le bouchon muqueux, et que jusque-là il était impossible de donner des aliments au malade, qu'il était très difficile chez l'homme de créer ce bouchon muqueux, par suite de la difficulté que l'on éprouve, à délimiter dans l'incision, l'endroit précis où finit la musculuse et où commence la muqueuse.

Nous ne savons ce qu'il faut penser de ces objections qui, n'ayant jamais été vérifiées, restent à l'état d'hypothèses. Mais ce que nous savons c'est que la plupart des chirurgiens sont d'accord pour proscrire tout aliment dans les 48 heures qui suivent l'opération et que d'ici là il y a toutes chances pour que les pédicules des bouchons muqueux, serrés à la soie comme ils doivent l'être, soient tombés.

5° TEMPS. — RÉDUCTION DES ORGANES ET SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

C'est la dernière partie de l'opération. Elle n'en a pas moins son importance. Il faut veiller à deux choses en effet : assurer une asepsie absolue et replacer les viscères autant que possible dans leur situation normale.

La suture de la paroi abdominale devra être faite en trois étages et avec le plus grand soin.

Pour le péritoine on emploiera une suture en surjet, faite avec de la soie. La soie pourra également servir pour suturer les portions musculaires des parois. Quant à l'étage superficiel, il sera fait avec des fils d'argent, assez rapprochés pour qu'il n'y ait aucune crainte d'éventration possible. En somme, c'est le manuel opératoire classique de toute la parotomie.

Cependant, d'après M. Jaboulay, ce temps serait délicat d'exécution à cause de la difficulté qu'il a souvent éprouvée dans la réduction des organes, au sein de la cavité abdominale.

OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES DESTINÉES A EMPÊCHER
L'ACCUMULATION DES MATIÈRES
DANS LE CUL-DE-SAC DUODÉNAL ET LE REFLUX
DE LA BILE DANS L'ESTOMAC.

A mesure que la gastro-entérostomie est devenue une opération plus courante, on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il ne suffisait pas toujours d'avoir anastomosé l'estomac et l'intestin, pour que le malade eut recouvré en quelques jours le parfait usage de ses voies digestives.

Billroth, le premier, remarque que chez un de ses malades, dix jours après l'opération, apparaissent des vomissements bilieux inexplicables, qui finissent par l'emmener, et, à l'autopsie, il trouve que sous l'influence de la traction, il s'était formé un éperon partageant en deux parties inégales la lumière de l'intestin. (Voir obs. 1.)

La bile et le suc pancréatique refluaient dans l'estomac.

Pour éviter ce grave inconvénient, Courvoisier proposa de pratiquer une ouverture stomacale, plus petite que l'ouverture intestinale, et de faire en sorte que la partie de la boutonnière intestinale correspondant au bout supérieur aboutit sur la paroi stomacale laissée indemne.

De la sorte les aliments, venant se buter sur la valvule ainsi produite, passeraient directement dans le bout inférieur de l'intestin.

Dans un second procédé, Courvoisier conseille : de sectionner complètement le jejunum, d'aboucher l'extrémité supérieure du bout inférieur à l'estomac et l'extrémité inférieure du bout supérieur à la paroi même de l'anse anastomosée précédemment.

Wölfler, après avoir préconisé le dernier procédé de Courvoisier, conseille de rétrécir le calibre du bout supérieur en créant, au moyen de sutures séro-séreuses, une sorte de pli saillant dans la lumière de l'intestin et formant valvule.

Rockwitz, à l'exemple de Billroth, propose d'entrecroiser les deux jambes de l'intestin, de telle façon que la branche périphérique soit dirigée du côté du pylore. (Voir fig. 1.)

Fritzsche et Guinard, successivement, ont utilisé cette modification. D'après ces chirurgiens, grâce à ce procédé, les mouvements péristaltiques se continuent dans le même sens en passant par le nouvel orifice anastomotique. Dans le procédé primitif de Wölfler, les aliments arrivant du cardia vers le pylore,

c'est-à-dire de gauche à droite, ont tendance à suivre ce mouvement et, partant, se déversent dans le bout supérieur. Après l'entrecroisement des branches intestinales, ils sont au contraire directement reçus dans le bout inférieur.

De plus, la bile et le suc pancréatique ayant à suivre un chemin vertical, ont beaucoup moins de tendance à se déverser dans l'estomac.

Lauenstein, après avoir utilisé ce dernier procédé, recommande, sur les conseils de Wölfler, de suturer le jejunum à l'estomac, de telle façon, qu'après avoir entrecroisé, comme précédemment, les anses intestinales, le coude formé par le renversement de l'anse soit fixé au-dessus de l'orifice d'anastomose.

Hadra (Berliner Klin. Wochenschrift, 25 janvier 1892), dans une de ses gastro-entérostomies, pour éviter la formation d'un éperon, qui selon lui, a été cause d'une série de morts, fixe à l'estomac, par un ou deux points de suture, le bout supérieur aussi bien que le bout inférieur et un peu plus haut que la fistule. D'après lui, il est indifférent que le bout supérieur ou le bout inférieur soient placés dans le sens du mouvement péristaltique si l'orifice fistuleux est suffisant.

Chaput conseille d'anastomoser entre elles les deux branches du jejunum vers leur point de rencontre et de lier la branche supérieure entre cette anastomose et l'estomac. Par ce moyen, bile et suc pancréatique s'écoulent forcément dans l'intestin.

M. Jaboulay, enfin, à la suite d'une gastro-entérostomie dans laquelle étaient survenus des vomissements quelques jours après l'opération, persuadé que ces vo-

misements étaient dus à l'accumulation des aliments dans le bout supérieur de l'anse jejunaie (fig. 11), imagine et exécute la modification suivante, qui lui a donné déjà un brillant résultat.

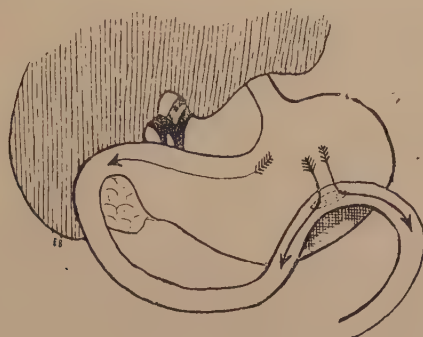


Fig. 11

Après avoir pratiqué l'anastomose stomaco-jejunaie, M. Jaboulay attire la portion périphérique de l'anse jejunaie au contact de la troisième portion du duodenum et il établit à cet endroit une nouvelle anastomose.



Fig. 12

Que faut-il penser de cette nouvelle anastomose? Est-elle nécessaire? — La double anastomose a eu de chauds partisans, mais elle a eu des adversaires plus acharnés encore. Elle a été vivement attaquée au sein même de la Société de Chirurgie, par Reclus et Terrier.

« Sur la foi de quelques observations, dit Reclus, les auteurs semblent craindre que les matières alimentaires ne s'engagent dans le bout supérieur du jejunum et ne s'accumulent dans la partie duodénale de l'intestin transformé en cul-de-sac par le cancer pylorique; ils redoutent le reflux jusque dans l'estomac, qui provoquerait des accidents assez graves. On a songé, dès lors, à créer des voies de dégagement pour les matières alimentaires, des orifices de dérivation pour la bile et récemment, Jaboulay a proposé de doubler la gastro-entérostomie de la jejuno-duodénostomie. La lecture de ses observations ne nous semble pas aussi probante et je m'en tiens à ses deux cas personnels. Je constate que ses deux malades n'ont jamais eu de vomissements de bile et si le premier vomit tous les huit ou dix jours, on ne peut affirmer que cette régurgitation soit due à l'accumulation progressive des aliments dans le duodénum. Le reflux de la bile n'a pas été noté dans la belle observation de Michaux, et dans le cas qui nous est personnel, nous n'avons constaté rien d'anormal dans la digestion. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous considérons comme dangereuse cette deuxième anastomose entre le jejunum et le duodénum, car ce n'est pas une mince affaire de prolonger le temps de l'intervention

lorsqu'on sait le rôle important du choc opératoire dans les opérations qui portent sur l'intestin. Si cette entéro-anastomose est démontrée inutile, elle est dangereuse.

* Je ne crois pas, dit Terrier, qu'il soit nécessaire de compléter la gastro-entérostomie par la création d'une anastomose entre le duodénum et le jejunum, sous prétexte d'empêcher la bile de refluer vers l'estomac et provoquer des vomissements. »

Si tel est l'avis de Reclus et de Terrier, tel n'est pas celui de tous les chirurgiens, comme semblent le croire Villar, Trognon, Matignon.

Pour Gross, de Nancy, malgré l'opinion de Terrier et de Reclus, la duodéno-jejunostomie de Jaboulay doit être nécessaire après la gastro-entérostomie antérieure de Wölfler. Elle serait même indiquée dans les cas de gastro-entérostomie postérieure, si on n'avait pas soin que les contractions péristaltiques se fassent dans le même sens que celles de l'estomac, c'est-à-dire de gauche à droite. (Semaine Médicale, août 1893.)

Dans plusieurs gastro-entérostomies, Braun, de Königsberg, a vu le contenu stomacal pénétrer dans le bout efférent du duodénum et du jejunum, la bile et le suc pancréatique refluer dans l'estomac. Pour obvier à ces inconvénients, Braun a fait à la fois une gastro-entérostomie et créé une communication entre les deux bouts de l'anse jejunaie fixée à l'estomac. (Revue de Chirurgie, 10 janvier 1893.)

Jeannel de Toulouse, pratique une gastro-entérostomie pour dilatation de l'estomac par atonie simple.

Le malade meurt le huitième jour de cachexie. L'opéré eut des régurgitations abondantes d'un liquide bilieux que l'autopsie retrouva dans l'estomac et le jejunum. Jeannel impute ce fait à ce qu'il n'a pas pratiqué la jéjuno-duodenostomie. (Arch. pr. de Chir., 1^{er} janvier 1893.)

Jayle et Desfosses relatent trois cas de gastro-entérostomie, deux pour des rétrécissements cicatriciels, un pour cancer du pylore, dont ils présentent les pièces à la Société anatomique. Dans les deux premiers cas, les accidents avaient été les mêmes. La bouche stomacojéjunale fonctionnait mal et les aliments, au lieu de suivre un cours descendant dans l'intestin, remontaient en totalité jusqu'au duodénum qu'ils ont distendu, le bout périphérique ne recevant rien. Dans les trois cas, le bout périphérique est vide, le bout central et le duodénum étant largement dilatés, l'estomac contenait du liquide en abondance. Il est facile de se rendre compte de cette anomalie, car en pressant avec la main sur l'estomac, le duodénum s'emplit aussitôt et se dilate; une pression plus grande en amènerait l'éclatement, mais ne ferait pas passer une seule goutte du contenu stomacal dans le bout périphérique. Jayle et Desfosses croient que le seul moyen d'éviter cette complication serait de pratiquer de propos délibéré, l'entéro-anastomose après la gastro-entérostomie. De la sorte, la bile ne refluerait pas vers l'estomac, et les aliments ne pourraient s'accumuler dans le duodénum dans le cas où le passage se fait en partie par le bout périphérique, en partie par le bout central. Enfin, si, comme dans ces trois observations, le con-

tenu stomacal refluaît en totalité vers le duodenum, il trouverait ainsi une nouvelle issue au niveau de l'entéro-anastomose. (Mercredi médical, 18 octobre, 1893.)

Au Congrès de Chirurgie de Paris de 1893, enfin, Roux de Lausanne déclare que cherchant l'anastomose dans la première portion du jéjunum accolé à la face antérieure de l'estomac, il vit deux fois le reflux des aliments dans le duodenum ; une fois même, avec une dilatation telle que cette portion de l'intestin, par ses dimensions, ressemblait à un deuxième estomac. Il ajoute : Cet accident, qui enlevait un de nos malades en trois semaines, a été observé assez fréquemment, il est très dangereux. Quoique peu redouté par M. Reclus, il pourrait bien avoir tué le malade de M. Jeannel et beaucoup d'autres opérés. Conclusion : *Ne faites plus la simple greffe latérale.*

Quant à nous, nous avons cherché s'il existait des observations, avec autopsies à l'appui, prouvant que les accidents signalés plus haut existaient réellement et en montrant tous les dangers. Ces observations, les voici (1) : Nous nous sommes astreints à ne donner que des observations indiscutables. Elles ne sont pas plus nombreuses, pour plusieurs raisons : dans le plus grand nombre de cas, l'autopsie n'a pas été faite. On ne peut tenir compte d'autopsies faites un jour ou deux après l'opération. Nous avons négligé à dessein toutes

(1) Il faut y joindre les trois cas de Jayle et Desfosses, et les deux cas de Roux de Lausanne.

les observations dans lesquelles on signalait bien des vomissements ultérieurs et des troubles digestifs, mais dont les malades vivaient encore ou dont on n'avait pas su trouver, même à l'autopsie, la véritable cause des vomissements qui y étaient signalés.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

BILLROTH. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTERIEURE. — MORT
LE DIXIÈME JOUR. — ÉPERON.

(Cent. f. Chir., 1891, n° 45.)

Le 22 octobre 1881, Billroth pratique une gastro-entérostomie chez un homme de 45 ans, qui souffrait d'un carcinome du pylore, inopérable... Opération terminée en une heure. Point de péritonite. Le calibre de l'intestin est resté perméable, puisque le malade a eu de temps en temps des selles. Cependant, depuis le dixième jour, il y eut des vomissements bilieux.

L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de péritonite. La cause des vomissements bilieux était la suivante : Il s'était formé, sous l'influence de la traction, un éperon, qui partageait en deux parties inégales la lumière de l'intestin, qui avait quatre centimètres de diamètre. La plus grande partie de la lumière appartenait au bout supérieur qui déverse la bile et le suc pancréatique, tandis que la deuxième portion correspondait au bout inférieur ; elle était cachée sous le bord droit de l'estomac. La bile et le suc pancréatique, au lieu de se déverser dans le bout inférieur, s'étaient déversés dans l'estomac.

OBSERVATION II.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE. — MORT APRÈS SIX MOIS. —
CACHEXIE.

(Lücke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. XVII, 1889, p. 502.)

Veuve, âgée de 45 ans, douleurs de l'estomac habituelles, vomissements tous les deux ou trois jours. Selles difficiles. Opération le 24 janvier 1886... Pendant la nuit, vomissements abondants, qui cessent le lendemain. Le surlendemain, vomissements bilieux. Le quatrième jour, vomissements fécaloïdes, d'abord faibles, puis plus abondants, suivis d'un col-lapsus menaçant. Un lavage d'estomac, pratiqué alors, ramène une grande quantité de liquide. Après ce lavage, la malade se relève un peu... L'amélioration ne fut pas de longue durée... Il y eut de nouveau quelques vomissements. Mort le 20 juin.

Autopsie... Le colon transverse est dans sa situation normale, il n'est pas adhérent à la tumeur. Au devant du colon, passe une anse intestinale, qui va se perdre dans la tumeur, et qui se trouve être celle qui a été insérée à l'estomac lors de l'opération; elle appartient au jéjunum. La portion droite appartenant au bout inférieur, est étroite et est séparée de la valvule iléo-cœcale de 4^m12; la portion gauche, appartenant au bout supérieur, est fortement distendue, elle est remplie de bile, et on peut la poursuivre jusqu'à la portion horizontale du duodénum. Depuis la portion horizontale jusqu'à l'endroit où s'insère l'anse intestinale, on mesure un mètre. En pressant sur l'estomac rempli, il s'échappe de l'air et du liquide dans les deux branches de l'anse anastomosée... L'orifice d'anastomose conduit directement dans la portion gauche dilatée, tandis qu'une sonde pénètre difficilement dans le bout inférieur affaissé, et elle ne pénètre qu'après avoir décrit quelques courbures... Entre les deux orifices, est un éperon assez marqué.

OBSERVATION III.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — MORT APRÈS SEIZE MOIS ET DEMI. —
CACHEXIE.

(Lauenstein : Festschrift à L. Meyer, 1892.)

Femme W..., âgée de 33 ans, mère de trois enfants. Souffre de l'estomac depuis six ans...

Opération le 11 juillet 1889. Gastro-entérostomie antérieure. Durée, 33 minutes. Pas un seul vomissement après l'opération... Plus tard, les vomissements revinrent et allèrent en s'aggravant. Morte le 30 novembre 1890.

Autopsie... Le passage qui conduit de l'estomac aux deux portions de l'intestin, est nettement séparé; il s'est formé en cet endroit, vraisemblablement un éperon. L'ouverture de la portion ascendante admet facilement l'index, la portion descendante ne permet que l'introduction du petit doigt, et encore avec peine; l'orifice du pylore n'existe pas.

OBSERVATION IV.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — CARCINOME DU PYLORE. — MORT
QUATRE MOIS APRÈS. — CACHEXIE.

(Lauenstein, Festschrift à L. Meyer, 1892.)

Femme qui souffrait de l'estomac depuis 17 ans, et qui avait subi une castration double pour hystérie, 9 ans auparavant. Opération le 17 mai 1890. Gastro-entérostomie antérieure. Le 21 mai, les vomissements bilieux réapparurent; ils étaient composés de matières alimentaires brunes, brassées. Bien que la malade ne prit que des aliments liquides, et qu'on lui fit régulièrement des lavages de l'estomac, elle vomissait aussitôt qu'on omettait de lui faire ce lavage; l'on pense, dès lors, que l'écoulement des matières contenues dans l'estomac se faisait difficilement. L'examen du suc stomacal, fait le

30 juillet, révéla une grande quantité de bile, mais point de traces de Hcl., quoiqu'il ait eu une odeur acide...

Le 10 août, vomissements, malgré un lavage journalier. Il a fallu pratiquer, à partir de ce jour, deux lavages.

Le 5 septembre, mort après une agonie de huit jours, pendant lesquels elle vomissait tout ce qu'elle prenait.

Autopsie... Les deux portions du jéjunum s'étendent directement vers en bas. Le bout supérieur est deux fois plus large que le bout inférieur... Après avoir sorti l'estomac, on vit que le bout supérieur communiquait avec cet organe par une ouverture ayant deux travers de doigt; au contraire, le bout inférieur, dont l'entrée était séparée de celle du bout supérieur par un éperon, permettait à peine l'introduction du petit doigt.

OBSERVATION V.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE. MORT LE QUATRIÈME JOUR.

(Heydenreich. Société de Médecine de Nancy,
séance du 27 mars 1891.)

J..., âgé de 47 ans. Opération le 14 avril. Gastro-entérostomie antérieure. L'opéré fut mis à la diète des aliments avec des lavements. Mais avant la fin du premier jour déjà, il fut pris d'un vomissement bilieux. Les vomissements ne tardèrent pas à se multiplier. Les matières vomies contenaient de la bile et des matières fécaloïdes. Mort le 18 avril.

Autopsie: l'ouverture intestinale portait non sur le jéjunum, mais sur l'intestin grêle, à 2^m 70 du pylore et à 4^m du cœcum. Toute la portion d'intestin située entre l'ouverture et l'anus était affaissée. Il s'était formé, au niveau de l'ouverture, une sorte de coude ou d'éperon qui dirigeait les matières venant de l'estomac vers le bout supérieur de l'intestin.

L'opéré a succombé à une sorte d'étranglement interne. Accident arrivé déjà à Billroth.

OBSERVATION VI.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE.

(Jaboulay. Arch. prov. de Chir., n° 1, juillet 1892.)

Marie P..., âgée de 50 ans, ménagère, née à Saint-Savin (Isère). Opération le 15 mars. Durée 35'.....

Cette malade est revenue à l'Hôtel-Dieu le 30 mai. Elle raconte qu'elle vomit tous les huit ou dix jours et quelquefois tous les trois ou quatre jours.

M. Jaboulay pense que les vomissements tiennent à l'accumulation progressives des aliments dans le duodenum.

OBSERVATION VII.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE. GUÉRISON.

(Doyen. Arch. prov. de Chirurgie, n° 1, 1892.)

Femme de 38 ans. Depuis 5 mois, vomissements incoercibles. Les suites de l'opération furent apyrétiques et ne présentèrent comme particularité que quelques régurgitations bilieuses dues à la pénétration de la bile par l'ouverture gastro-jéjunale et observées en général après cette opération.

OBSERVATION VIII.

Nous donnons ici l'observation d'une malade opérée par M. Jaboulay avec le procédé de la double anastomose.

CANCER DU PYLORE. GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

DUODÉNO-JEJUNO-ANASTOMOSE.

G... Marie, âgée de 53 ans, ovaliste, rue du Midi, 15 Lyon. Entrée le 17 mai 1892. Salle Saint-Paul, n° 9.

La malade entre pour des troubles de la digestion.... Il y a

14 mois, sentiment de faiblesse générale accompagnée de troubles digestifs. Pendant trois mois, mauvaises digestions qui amenèrent la malade à un état anémique qui dura trois mois. Au bout de ce temps, elle put reprendre ses occupations ordinaires. Cela dura quatre mois. Mais il y a sept mois, exaspération des phénomènes précédents : grande lassitude, constipation opiniâtre, la malade restait quatre, cinq, voire même huit jours sans aller à la selle. Puis subitement, ou bien à la suite de lavements, se déclarait une débâcle accompagnée de coliques intenses. Parfois même, diarrhée persistante pendant une huitaine de jours pour être ensuite suivie d'une nouvelle période de constipation. Appétit très capricieux... Fréquemment, à la suite d'un repas plus ou moins copieux, sensation de fausse digestion durant une demi-journée, parfois même une journée entière pour aboutir à des vomissements. Ceux-ci composés de glaires et d'eau très acide, presque jamais d'aliments ingurgités. Quelquefois les matières vomies prenaient une teinte jaunâtre plus ou moins foncée, jusqu'au noir chocolat. C'était alors une énorme quantité de matières comparables, au dire de la malade, à des caillots noirs, rôtis couleur lie de vin. Jamais de sang pur, à peine quelques stries sanguinolentes. Le matin régurgitations rares, composées d'eau acide. Presque constamment et surtout après les repas, éructations d'une aigreur caractéristique. Le tout est accompagné de douleurs cuisantes, atroces, exaspérées au moment où commence la digestion. Point de départ de la douleur au creux épigastrique, s'irradiant en ceinture avec un maximum fréquent à l'opposite dans la région dorsale.

Etat actuel : Tous ces phénomènes sont ceux que présente actuellement la malade. Etat général mauvais.

L'alimentation ne se fait plus. Le lait n'est plus supporté. Répulsion pour la viande. La malade ne peut plus faire aucun travail. Depuis deux mois, elle est condamnée au lit. A la palpation, on sent une légère induration de la paroi antérieure de l'estomac. A la percussion, tympanisme stomacal s'étendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Pas d'œdème des

jambes. Rien au cœur, rien aux poumons. La malade pèse 37 kilos 15, alors qu'il y a dix ans son poids était de 60 kilos.

Opération le 18 mai 1892. Anesthésie à l'éther. Après un lavage très abondant de l'estomac, M. Jaboulay pratique l'anastomose de l'estomac et du duodenum suivant son procédé opératoire. Il existe au pylore une tumeur grosse comme une mandarine. Puis deuxième anastomose entre le duodenum et le jejunum. L'opération a duré une heure cinq minutes....

Le 3 juin, la malade n'a pas encore vomi une seule fois depuis l'opération. Elle mange à peu près de tous les aliments.

La viande serait assez mal tolérée. Depuis le 27 mai, la malade se lève tous les jours. Elle ne souffre à peu près plus. Un peu de douleur à la pression au niveau de la plaie.

Légère constipation. La malade réclame tous les jours un lavement ordinaire. Le 1^{er} juin, la malade pesait 38 kil. 1 au lieu de 37 kil. 5 le jour de l'opération. Cette alimentation est restée parfaite jusqu'à la date actuelle, 15 juin 1892, sans vomissements, sans douleurs (Arch. prov. de Chirurgie).

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est l'absence complète des vomissements, grâce à la double anastomose.

Nous avons revu cette malade le 12 juin 1893, plus d'un an après l'opération. Sa santé était aussi parfaite que possible. Elle vaquait elle-même à tous les besoins de son ménage. Toutefois dans le courant de mai, elle avait eu, nous a-t-elle dit « une attaque » dans laquelle elle avait complètement perdu connaissance et à la suite de laquelle, il lui était resté un certain degré de parésie de tout le côté droit.

Quant à la tumeur, elle avait à peine grossi.

Actuellement encore, 30 novembre 1893, cette femme se porte bien.

Nous avons cru devoir joindre également aux observations citées plus haut, trois observations inédites, dues à l'obligeance de Monsieur le Professeur Poncet et prises dans son service.

OBSERVATION I.

NÉOPLASME DU PYLORE. GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

S... François, 50 ans, veloutier, né à Bibost (Rhône). Entré le 28 février 1893.

Mort le 21 mars.

Depuis 6 mois ce malade éprouve des troubles digestifs intermittents qui se sont accentués depuis trois semaines. Depuis quinze jours le malade vomit tous ses aliments. Ces vomissements surviennent tous les 24 ou 30 heures et sont très abondants. Jamais d'hématémèses marc de café. Ses douleurs sont peu vives.

Actuellement on sent à droite de la ligne médiane, séparée du rebord costal par une largeur de 4 à 5 centimètres, une grosse tumeur dure, influencée par la respiration. Le foie est petit. On ne trouve pas de bande sonore entre la tumeur et lui. Il n'y a pas de mouvements péristaltiques de l'estomac visibles. La tumeur ne change pas de place. Le malade dit d'ailleurs qu'elle reste toujours au même point. Elle paraît avoir le volume d'une mandarine. Les selles sont devenues, dans ces derniers temps, de plus en plus rares et il y a près de 15 jours que le malade n'en a pas eu.

Amaigrissement considérable dans ces derniers temps. Gastro-entéro-anastomose simple. On nourrit le malade avec des lavements composés de : peptone sèche 15 grammes ; laudanum 5 gouttes ; vin de Bordeaux 60 grammes ; bouillon 200 grammes, plus 2 œufs. Ces lavements sont été mal tolérés par le malade. Vomissements les deux premiers jours ;

puis ces vomissements cessent. Le malade fait bien encore quelques efforts, mais ne vomit plus.

Un matin on s'aperçoit que les liquides ingérés par le malade s'échappaient par la plaie abdominale. Une sonde introduite dans l'ouverture pénètre sans difficulté à une grande profondeur dans le bout inférieur.

Le malade étant très cachectique, on juge inutile de pratiquer de nouvelles sutures. Vers le 15, la bile s'écoule en abondance par la plaie fistuleuse abdominale. Nutrition impossible.

21 mars. Mort du malade. Autopsie. La suture de l'intestin au jejunum a lâché sur une certaine étendue ; il y avait de la bile dans l'estomac. Enorme tumeur du pylore. Masses ganglionnaires très volumineuses dans tout l'abdomen.

Conclusion : Nécessité de veiller avec le plus grand soin à l'exécution des sutures.

OBSERVATION II.

CANCER DU PYLORE. GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

Malade opérée par M. Jaboulay.

L... Marguerite, 39 ans, ménagère, née à Saint-Remy. Demeurant à Cruzier (Allier).

Entrée le 4 janvier 1892.

Parents morts. Quatre frères et sœurs encore vivants. Trois morts de causes diverses. Pas de tumeurs dans la famille. Mariée. A un fils de 14 ans. A commencé à se sentir malade il y a huit mois et s'est aperçue qu'elle avait une grosseur progressivement croissante à la partie supérieure et droite de l'abdomen. A commencé immédiatement à vomir. Ces vomissements incoercibles n'ont jamais cessé depuis.

A partir de ce moment, l'état général est devenu de plus en plus mauvais et la malade assure avoir perdu au moins

30 kil. depuis les derniers temps. Après ses repas, la malade vomit régulièrement. Dans l'intervalle, elle est constamment fatiguée par des renvois.

Actuellement, la malade présente à la palpation une tumeur qui occupe la région supérieure de l'hypocondre droit à la hauteur des dernières fausses-côtes, allant, à gauche, jusqu'à la ligne médiane; à droite, s'étendant à 12 ou 15 centimètres de cette ligne. Tumeur dure au toucher, un peu douloureuse à la pression. En outre, énorme dilatation de l'estomac qui est par moment le siège de contractions douloureuses très nettes et traduites pour la malade par des renvois acides. Au reste, la malade est à une période cachectique avancée.

6 janvier. Opération. Gastro-jejuno- anastomose.

Le lavage stomacal n'ayant pas été fait et des vomissements anesthésiques s'étant produits, il en résulta malgré toutes les précautions prises l'issue, dans la cavité abdominale, de liquides noirâtres venant de l'estomac.

Après avoir hésité à faire la suture en une seule fois, M. Jaboulay se décida à compléter l'anastomose, mais en la laissant fixée à la paroi abdominale.

L'abdomen est refermé immédiatement à cause de la faiblesse de la malade.

7 janvier. La malade prend de la glace et du champagne.

9 janvier. Pansement. La suture imparfaite donne lieu à un écoulement de bile qui peut s'épancher au dehors grâce à la fixation des organes à la paroi et à la fermeture imparfaite du ventre. La malade meurt le 10.

Conclusion : Nécessité de faire des lavages préventifs de l'estomac.

OBSERVATION III.

NÉOPLASME DE L'ESTOMAC. GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE.

(Malade opérée par M. Jaboulay.)

D... Maria, 28 ans, charcutière, née à Chassigny (Saône-et-Loire). demeurant à Chauffailles.

Entrée le 4 juillet 1893.

Père vivant, 75 ans. Mère morte à 40 ans. Trois sœurs et un frère bien portants. Une sœur morte en couches il y a cinq ans. Pas de néoplasmes dans les ascendants ou les collatéraux. Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à 13 ans. Mariée à 22 ans. Deux enfants, dont l'un mort de diphtérie. S'était toujours très bien portée. Depuis deux ans et demi, après sa couche, elle est restée faible et n'a jamais recouvré ses forces d'autrefois. Il y a un an, elle a commencé à avoir des digestions difficiles accompagnées de renvois ainsi que de diarrhée. Elle souffrait parfois immédiatement après avoir mangé, d'autres fois, une heure après seulement. Dès le début, elle a maigri très vite. Le Dr Briandas, de Chauffailles, la soignait pour une gastralgie.

La malade a vomi pour la première fois le 10 mai 1893. La première hématemèse date de trois semaines environ. Le 1^{er} et le 2 juillet 1893, vomissements abondants couleur chocolat. Il y a un mois, la malade remarqua que, pendant quatre ou cinq jours, ses selles étaient noires, couleur marc de café.

Etat actuel. — La malade a beaucoup maigri. Elle n'a pas vomi depuis qu'elle est à l'hôpital. Elle souffre au niveau de la région épigastrique. Constipation opiniâtre. Teinte jaune paille. A l'examen, on trouve un estomac très dilaté et une tumeur profonde du volume d'une orange au niveau de l'ombilic et un peu à droite. Elle est douloureuse au palper. Remonte un peu quand la malade est debout. Elle se prolonge transversalement assez loin sur une étendue de 5 à 6 centimètres, suivant une ligne horizontale passant par

l'ombilic. Le foie est libre. Rien aux poumons, ni du côté de l'utérus et de la cavité pelvienne. Pas de température.

Opération le 12 juillet. Gastro-entéro-anastomose. Laparotomie médiane. Néoplasme volumineux du pylore. Masses indurées extérieures. Toute la surface péritonéale ainsi que les anses intestinales sont couvertes de granulations blanchâtres, peut-être tuberculeuses ? Pas d'ascite.

Le 20 juillet. La malade prend une indigestion. Sur ses instances pressantes, on la laisse retourner chez elle. De retour dans sa famille, elle est reprise de vomissements de jour en jour plus abondants. D'après les renseignements qui nous ont été fournis avec la plus extrême amabilité par son médecin M. Dr Briandas, de Chauffailles, la malade aurait succombé dans les premiers jours de septembre.

Et maintenant il semble bien que les conclusions que l'on peut tirer de ces observations sont nettes :

1° Les accidents signalés par Billroth, Jayle et Desfosses, Roux, Jaboulay, existent réellement. Ils peuvent entraîner la mort des malades.

2° S'il est des cas heureux comme l'observation de Michaux et l'observation de Reclus, il peut y avoir aussi des cas malheureux et il faut tout prévoir.

Il faut se prémunir contre les accidents possibles de la simple greffe latérale, mais à quel procédé nous rallierons-nous ? — Le premier procédé de Courvoisier ne tient pas assez compte des rétrécissements ultérieurs qui peuvent survenir. Son second procédé, bien que préconisé par Roux de Lausanne, est dangereux et compliqué, car il comporte deux entérorraphies circulaires. Cependant d'après M. Jaboulay la modification qu'a apportée à ce procédé Roux de Lausanne, peut donner d'excellents résultats. Elle consiste à faire pénétrer

l'intestin sectionné dans la cavité même de l'estomac et à suturer à la paroi de l'intestin les lèvres de la boutonnière stomacale.

Nous avons vu que d'après Hadra, il est indifférent que le bout périphérique soit dirigé ou non dans le sens des contractions péristaltiques.

Quant aux procédés dus à Wölfler, Lauenstein et vantés par Villar et Matignon, qui consistent à fixer l'intestin de telle sorte que le bout supérieur soit plus élevé que l'orifice d'anastomose, nous pensons que si, en théorie, ils doivent donner d'excellents résultats, en pratique, nous ne savons pas bien ce que deviendront les rapports en question, étant donné que le plus souvent le chirurgien aura affaire à un estomac dont les parois seront excessivement dilatées.

Le procédé de Chaput, enfin, est inférieur. Le fil tombe dans la lumière au bout de quelque temps et le calibre intestinal se rétablit. De plus, l'anastomose qu'il établit entre les deux bouts accolés du jéjunum est surelevée par rapport au point déclive du duodénum et il y aura, par ce fait, une certaine accumulation de bile ou de matières alimentaires dans celui-ci.

Toutes nos conclusions seront donc en faveur de la jéjuno-duodénostomie de M. Jaboulay.

LA GASTRO-DUODÉNOSTOMIE.

« Pour remplacer les anastomoses gastro-jéjunales et jéjuno-duodénales, en face d'un cancer du pylore produisant l'obstruction, on peut pratiquer l'anasto-

mose de l'estomac ou de la seconde portion du duodénum. On obtiendra de la sorte, en une seule opération, les avantages de la gastro-entérostomie, c'est-à-dire le passage des aliments et du contenu stomacal dans l'intestin grêle et ceux de la jejuno-duodénostomie, c'est-à-dire l'écoulement facile des liquides biliaires et pancréatiques dans le duodénum...

C'est la face antérieure de l'estomac qui est soudée à la portion antérieure de la seconde portion du duodénum. Celle-ci doit être mobilisée suffisamment pour pouvoir être attirée en avant et du côté de la ligne médiane : ce qui est facile. Quant à la face antérieure de l'estomac, elle peut toujours être tournée en dedans ou attirée de ce côté, assez pour venir au contact du duodénum, même si celui-ci était absolument fixé dans sa portion primitive.

On voit que, pour pratiquer cette opération, le cancer ne doit pas être trop étendu, ni entourer la seconde portion du duodénum...

L'incision de la paroi peut être plus petite que pour l'ancienne gastro-entérostomie. Il est facile de trouver la portion verticale du duodénum, surtout dans le cas de cancer du pylore qui sert de guide et de point de repère. (Fig. 13.)

Le principal obstacle pour la recherche pourrait venir de l'opercule que lui fournirait un foie gros, dégénéré ou envahi par le cancer ou bien encore la vésicule biliaire.

La face antérieure de l'estomac et la portion antérieure de la seconde portion du duodénum sont attirées en avant et en dedans. Un aide placé à gauche de

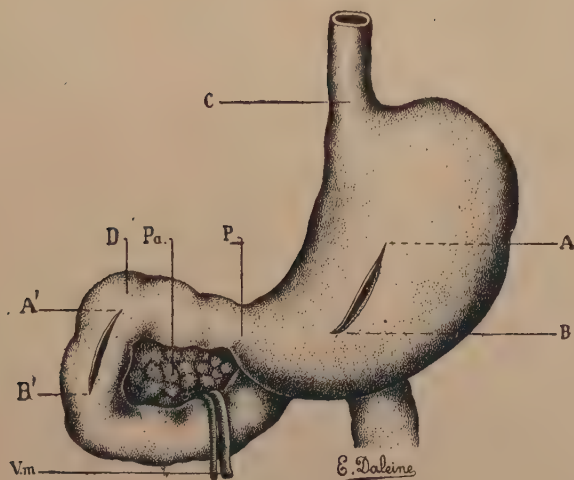


Fig. 13

Incisions stomacale et duodenale de la Gastro duodenostomie. — Légende : C. cardia, P. pylore, D. duodenum, P. a. pancreas, Vm, vaisseaux mésentériques supérieurs, A'B', incision duodenale, A'B incision stomacale.

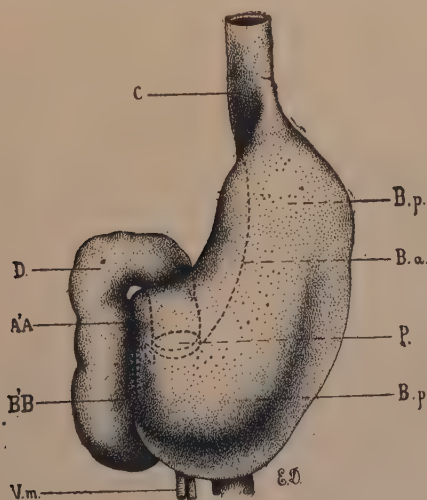


Fig. 14

Suture de la Gastro duodenostomie. — Légende : C. cardia, D. duodenum, P. pylore, A'A. B'B. suture gastro duodenale, Vm. vaisseaux mésentériques, Bp. grande courbure de l'estomac, Ba. bord supérieur de l'estomac.

L'opéré fait un pli vertical sur la face antérieure de l'estomac; un aide placé à droite en fait autant sur la portion antérieure du duodénum. Le chirurgien incise chacun de ces deux organes parallèlement à son grand axe, puis un mouvement de rotation et d'attraction en dedans est imprimé à l'estomac qui va à la rencontre du duodénum déplacé de son côté autant qu'il est possible, sans cependant exercer sur les vaisseaux du bord adhérent ou sur les canaux cholédoques et pancréatiques un trop fort tiraillement. La suture est appliquée comme pour la gastro-entérostomie.

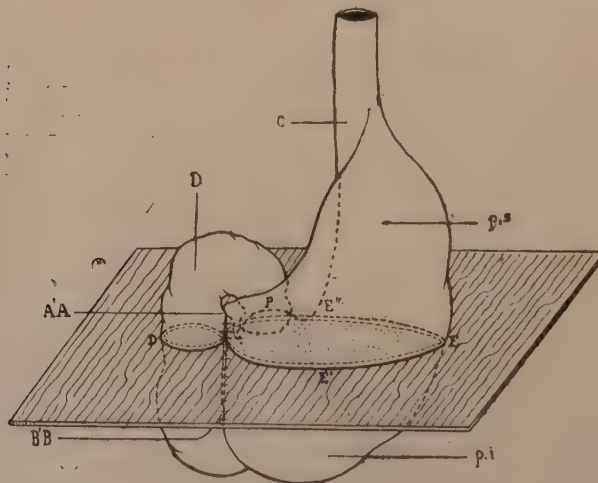


Fig. 15

Schéma représentant la surface de la section obtenue après l'opération par un plan horizontal passant par l'extrémité de la bouche anastomotique

Légende : P. i, parties de l'estomac et du duodénum situées au-dessous du plan, P. s, parties situées au-dessus, E' E'' estomac, D. duodénum, P. pilore, C. Cardia, A' A, B' B, ligne des sutures.

Ainsi, nous avons pratiqué en avant et un peu au-dessous de l'ancien pylore néoplasique, un nouveau pylore.

Un pli formé par la partie antérieure de l'estomac les sépare et constitue une digue qui dirige le chyme dans la nouvelle direction qu'il doit prendre. (Arch. prov. de Chirurgie, Jaboulay).

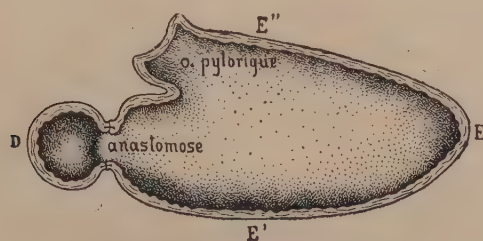


Fig. 16

Schéma de la section obtenue par un plan passant au milieu de la bouche gastro duodenale. — Légende : D, duodenum, E, estomac, E', face antérieure, E'', face postérieure.

CONCLUSIONS.

I. — Opérer de bonne heure. Opérer vite, opérer bien, c'est-à-dire veiller avec un soin particulier à l'antisepsie et à l'imperméabilité de l'anastomose.

II. — Procéder toujours à un lavage de l'estomac. Anesthésie à l'éther.

III. — Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic et même au-delà.

Donner la préférence à la gastro-entérostomie antérieure si elle est possible.

IV. — Pratiquer les boutonnières stomacale et jéjunale en ayant soin de réséquer des lambeaux elliptiques pour éviter les inconvénients d'un rétrécissement ultérieur.

V. — Etablir l'anastomose au moyen de sutures. Employer les sutures rapides de Doyen ou de Jaboulay.

VI. — Compléter l'opération par la jéjuno-duodéno-stomie de M. Jaboulay, faite suivant le procédé de

Postnikow. De cette manière, l'objection de Reclus, que la jéjuno-duodenostomie allonge l'opération d'une manière dangereuse, tombe d'elle-même et le malade a le temps d'attendre cette nouvelle anastomose.

VII. — Dans le cas de tumeur très limitée et dans tous les cas passibles d'une cure radicale, faire la gastro-duodenostomie.

VU : P^r LE DOYEN,

L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 4 décembre 1893.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

